معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION STANDARDS FOR HOSPITALS

الطبعة الثالثة
3rd Edition



اعتباراً من
يناير / كانون الثاني
2008



الدار العربية للعلوم ناشرون
Arab Scientific Publishers, Inc.

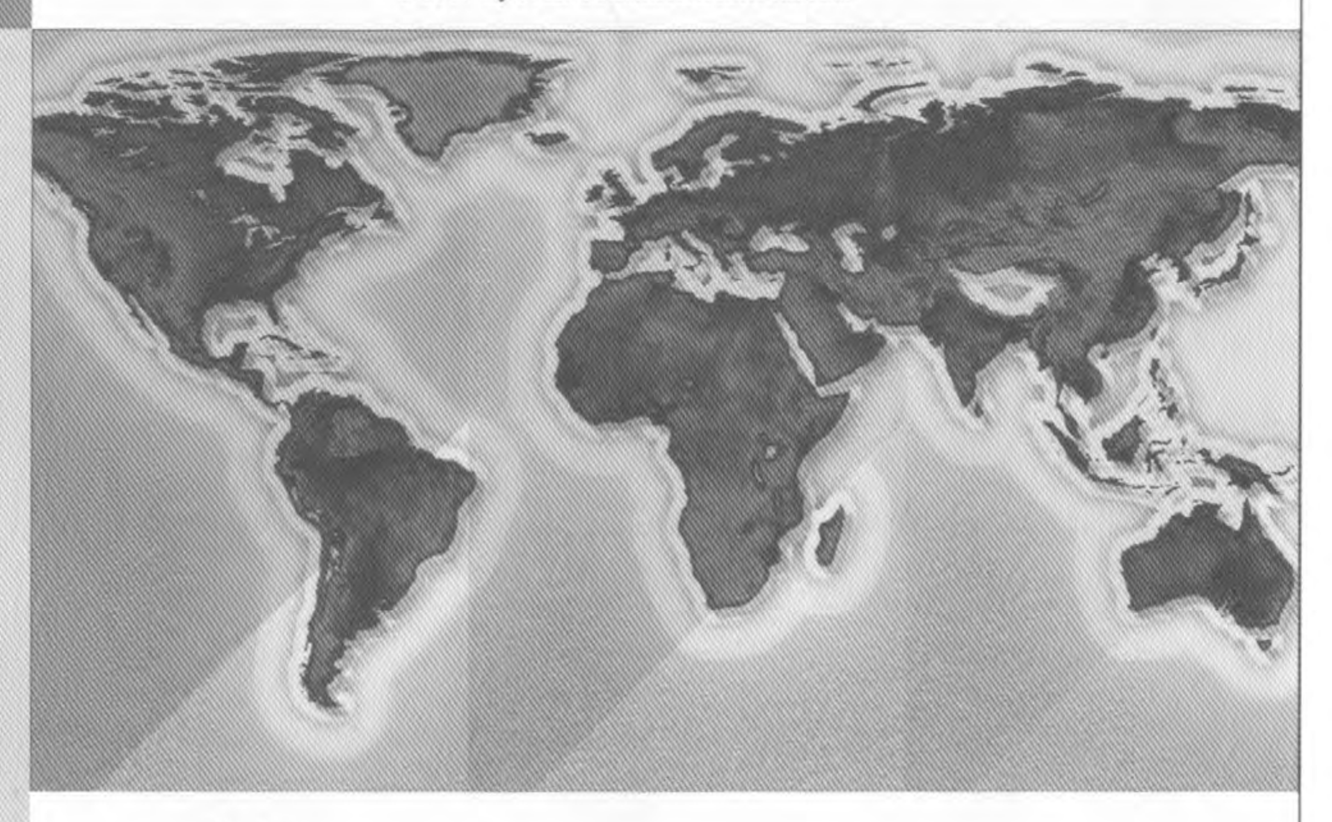

منتدى إقراء الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com
للكتب (كوردى , عربي , فارسي)

معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات

الطبعة الثالثة

Official Translation of the Original Work in English Titled:

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, 3rd Edition



مراجعة

الدكتور سهيل القاضي

مستشار دولي

اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات

ترجمة

عمر سعيد الأيوبي

إعتباراً من
كانون الثاني (يناير)
2008



الدار العربية للعلوم ناشرون ش.م.ل
Arab Scientific Publishers, Inc. SAL

Joint Commission International Accreditations Standards for Hospitals, 3rd Edition

معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات، الطبعة الثالثة

The basis for any Joint Commission International accreditation evaluation of an organization are the official standards in English published by Joint Commission International.

الطبعة الأولى

1429 هـ - 2008 م

ردمك 978-9953-87-331-2



الدار العربية للعلوم ناشرون ش.م.ل
Arab Scientific Publishers, Inc. SAL
عين التينة، شارع المفتي توفيق خالد، بناية الريم
هاتف: 786233 - 785108 - 785107 (1-961+)
ص.ب: 5574-13 شوران - بيروت 2050-1102 - لبنان
فاكس: 786230 (1-961+) - البريد الإلكتروني: asp@asp.com.lb
الموقع على شبكة الإنترنت: http://www.asp.com.lb

التنضيد وفرز الألوان: أبجد غرافيكس، بيروت - هاتف 785107 (9611+)
الطباعة: مطابع الدار العربية للعلوم، بيروت - هاتف 786233 (9611+)

◥ المحتويات

تصدير

يسرّ اللجنة المشتركة الدولية تقديم هذه الطبعة الثالثة من المعايير الدولية للمستشفيات. وقد أنشئت اللجنة المشتركة الدولية في سنة 1998 كذراع دولية للجنة المشتركة (الولايات المتحدة)، وتعيد هذه الطبعة الجديدة التأكيد على دور اللجنة المشتركة الدولية في تحسين السلامة وجودة رعاية المرضى في كل أنحاء العالم.

إنّ معايير اللجنة المشتركة الدولية دولية بحقّ في تطويرها ومراجعتها. إذ يشرف على عملية تطوير المعايير فريق خاص من الخبراء الدوليين، ينتمي أعضاؤه إلى كل قارّات العالم المأهولة. كما يقيّم هذه المعايير أفراد من كل أنحاء العالم عبر مراجعة ميدانية ترتكز على الإنترنت، فضلاً عن النظر فيها من قبل المجالس الاستشارية الإقليمية للجنة المشتركة الدولية في آسيا المطلّة على المحيط الهادئ وأوروبا والشرق الأوسط، وخبراء آخرين من مختلف ميادين الرعاية الصحية. وتنضمّ هذه الطبعة الجديدة من معايير المستشفيات إلى مجموعة المعايير الدولية للجنة المشتركة الدولية المتصلة بالرعاية الجوّالة، وتسلسل الرعاية، والمختبرات السريرية، والنقل الطبي، وتلك المتعلّقة بالتصديق على البرامج الخاصّة بالأمراض أو بالحالات. وتشكّل معايير اللجنة المشتركة الدولية أساس اعتماد منشآت وبرامج الرعاية الصحية في كل أنحاء العالم والتصديق عليها. كما تستخدم معايير اللجنة لتطوير برامج الاعتماد وإنشائها في العديد من البلدان، وتستخدمها الهيئات العامّة ووزارات الصحّة وغيرها من الهيئات الساعية إلى تقييم سلامة رعاية المرضى وجودتها وتحسينها.

تعكس هذه الطبعة الثالثة التغيّرات الديناميكية التي طرأت على الرعاية الطبية في العالم. فثمة تكنولوجيات ومعالجات جديدة مستخدمة، والمرضى يغادرون حدود بلدانهم لتلقّي الرعاية الصحية، ويتحرّك الأطباء والممرّضون والاختصاصيون الصحيون المساعدون عبر الحدود سعياً وراء فرص أفضل، ويواجه عمّال الرعاية الصحية بالتعرّض للمخاطر البيولوجية وغيرها. وفي كل يوم تعمل مرافق الرعاية الصحية كأماكن تدريبية للعديد من الطلاب في المهن الصحية، وتنتشر العوامل المعدية بسرعة عبر الكرة الأرضية، ويتواصل حدوث أخطاء الرعاية الصحية غير المواتية، ويستمرّ نموّ عدد التحديات الأخلاقية والقانونية التي تواجه تقديم الرعاية الصحية وتنوّعها. تتناول هذه الطبعة الثالثة من معايير المستشفيات هذه القضايا بمعايير جديدة ومنقّحة، بما في ذلك فصل جديد يتركّز على الأهداف الدولية لسلامة المرضى، وقواعد جديدة لقرارات الاعتماد، وسياسات اعتماد منقّحة. وقد حدّدت العديد من التغيرات في الجدول الوارد في الصفحات 27 – 34.

على غرار كل معايير اللجنة المشتركة الدولية، تحتوي هذه الطبعة على المجموعة الكاملة من المعايير، وبيانات النوايا لكل معيار، والعناصر المقيسة لتقييم الامتثال لكل معيار. وستسمح هذه البنية للقارئ بالتعرّف على المتطلّبات المحدّدة التي تجسّدها المعايير واستيعابها.

لمزيد من المعلومات عن برامج اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات وغيرها والتصديق عليها، والأهداف الدولية لسلامة المرضى، والبدائل الأخرى للجنة المشتركة الدولية، أو المساعدة في تطوير برنامج اعتماد خاص ببلد ما، أو الدعم في التحضير للاعتماد، الرجاء الاتصال بنا على

Joint Commission International Accreditation
1515 West 22nd Street, Suite 1300W
Oak Brok, IL 60523 USA
01–630–268–7400
JCIAccreditation@jcrinc.com

تدرك اللجنة المشتركة الدولية جيداً أنّ المعايير تتقدّم باستمرار. وبهذه الروحية، فإنّنا نرحّب بالتعليقات واقتراحات التحسين.

كارن تيمونز
الرئيسة والمديرة التنفيذية
اللجنة المشتركة الدولية وموارد اللجنة المشتركة

المقدّمة

تحتوي هذه الطبعة الثالثة من معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات على كل المعايير، وبيانات النوايا، والعناصر المقيسة للمعايير، وسياسات الاعتماد وإجراءاته، ومسرد بالمصطلحات الرئيسية. وقد صمّمت المقدّمة لتقدّم لك المعلومات عن الموضوعات التالية:

- فوائد الاعتماد
- اللجنة المشتركة الدولية وعلاقتها باللجنة المشتركة
- مبادرة اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد الدولي
- أصل المعايير وكيفية تنظيمها
- كيفية استخدا.م هذا الدليل
- المزايا الخاصة لهذا الدليل

إذا كانت لا تزال لديك، بعد قراءة هذه المطبوعة، أسئلة عن المعايير أو عملية الاعتماد، الرجاء الاتصال باللجنة المشتركة الدولية. توجد المعلومات الخاصة بوسيلة الاتصال في التصدير (القسم السابق).

ما الاعتماد؟

الاعتماد عملية يقوم بموجبها كيان غير حكومي عادة، منفصل ومتميّز عن مؤسسة الرعاية الصحية، بتقويم مؤسسة الرعاية الصحية ليحدّد إذا كانت تفي بمجموعة من المتطلّبات (المعايير) المصمّمة لتحسين السلامة وجودة الرعاية. ويكون الاعتماد تطوّعياً عادة. وتعتبر معايير الاعتماد عادة مثلى وقابلة للتحقيق. ويوفّر الاعتماد التزاماً مرئياً من قبل مؤسسة ما بتحسين سلامة رعاية المرضى وجودتها، وضمان بيئة رعاية سالمة، والعمل باستمرار على خفض المخاطر التي يتعرّض لها المرضى والموظفون. وقد اكتسب الاعتماد اهتماماً عالمياً كتقييم فعّال للجودة وأداة إدارية

ما فوائد الاعتماد؟

صمّمت عملية الاعتماد لإنشاء ثقافة السلامة والجودة داخل مؤسسة ما تسعى إلى تحسين عمليات رعاية المرضى ونتائجها باستمرار. وعندما تقوم المؤسسات بذلك فإنّها

- تحسّن الثقة العامّة بأنّ المؤسّسة مهتمة بسلامة المرضى وجودة الرعاية ؛
- توفّر بيئة عمل تتسم بالسلامة والكفاءة وتساهم في رضا العاملين ؛
- تتفاوض مع مصادر الدفع بشأن الرعاية بالبيانات الخاصة بجودة الرعاية ؛
- تستمع إلى المرضى وعائلاتهم، وتحترم حقوقهم، وتشركهم في عملية الرعاية كشركاء ؛
- تنشئ ثقافة منفتحة على التعلّم من التقارير التي تقدّم في الوقت المناسب عن الأحداث غير المواتية والمخاوف بشأن السلامة ؛
- تنشئ قيادة متعاونة تضع أولويات الجودة وسلامة المرضى على كل المستويات والقيادة الدائمة لها.

ما اعتماد اللجنة المشتركة الدولية، وما علاقة هذه اللجنة باللجنة المشتركة؟

اللجنة المشتركة الدولية هي ذراع اللجنة المشتركة (الولايات المتحدة) ؛ ومهمّتها تحسين جودة الرعاية الصحية في المجتمع الدولي.

لقد كرّست اللجنة المشتركة (الولايات المتحدة) والمنظمة السالفة لها نفسها منذ 75 سنة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وسلامتها. واليوم تعدّ اللجنة المشتركة أكبر معتمد لمؤسسات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة – تتفحّص ما يقرب من 16,000 برنامج للرعاية الصحية عبر عملية اعتماد تطوّعية. واللجنة المشتركة واللجنة المشتركة الدولية منظمتان أميركيتان غير حكومیتين لا تتوخّيان الربح.

ما غاية مبادرات اعتماد اللجنة المشتركة الدولية وأهدافها؟

الاعتماد الذي تقدّمه اللجنة المشتركة الدولية مجموعة منوّعة من المبادرات المصمّمة للاستجابة إلى طلب متنامٍ في كل أنحاء العالم على تقييم الرعاية الصحية المستند إلى المعايير. والغاية هي أن تقدّم إلى المجتمع الدولي عمليات موضوعية تستند إلى المعايير لتقييم مؤسسات الرعاية الصحية. ويهدف البرنامج إلى حفز إظهار التحسّن المستمر والمستدام في مؤسسات الرعاية الصحية بتطبيق معايير مجمع عليها دولياً، وأهداف دولية لسلامة المرضى، ودعم القياسات الدالّة. وبالإضافة إلى معايير مستشفيات الرعاية الفائقة الموجودة في هذه الطبعة الثالثة، فقد طوّرت اللجنة المشتركة الدولية معايير وبرامج اعتماد من أجل:

- المختبرات السريرية
- تسلسل الرعاية (الرعاية المنزلية، والعيش المساعَد، والرعاية الطويلة الأمد، والرعاية في مآوي المسنّين)
- مؤسسات النقل الطبي
- الرعاية الجوّالة

تقدّم اللجنة المشتركة الدولية أيضاً التصديق على برامج تقدّم الرعاية الخاصة بالأمراض أو الحالات مثل البرامج الخاصة بالسكتة الدماغية أو الرعاية القلبية.

وتستند برامج اعتماد اللجنة المشتركة الدولية إلى إطار دولي للمعايير القابلة للتكييف مع الاحتياجات المحلية. وتتميّز البرامج بما يلي:

- المعايير المجمع عليها دولياً، والتي يطوّرها فريق عمل خاص ويصونها، ويوافق عليها مجلس دولي، هي أساس برنامج الاعتماد.
- ترتكز الفلسفة التي تقوم عليها المعايير على مبادئ إدارة الجودة والتحسين الدائم للجودة.
- صمّمت عملية الاعتماد لتستوعب العوامل القانونية والدينية و/أو الثقافية داخل كل بلد. وعلى الرغم من أنّ المعايير تضع توقّعات منتظمة وعالية لسلامة رعاية المرضى وجودتها، فإنّ الاعتبارات الخاصة بالبلدان والمتصلة بالامتثال لتلك التوقّعات تشكّل جزءاً من عملية الاعتماد.
- يتفاوت فريق الفحص في الموقع وجدول أعماله تبعاً لحجم المؤسسة ونوع الخدمات المقدّمة. على سبيل المثال، ربما يتطلب مستشفى تعليمي فحصاً لمدة أربعة أيام يجريه طبيب وممرّض وإداري، في حين قد يتطلب مستشفى محلي أصغر فحصاً لمدة يومين أو ثلاثة. وعلى نحو ذلك، يمكن أن يتطلّب المختبر السريري شخصاً واحداً لمدة يومين فقط تبعاً لعدد الاختبارات الخاصة المقدّمة والمجراة.
- صمّم اعتماد اللجنة المشتركة الدولية ليكون صالحاً وموضوعياً ويمكن الركون إليه. وتتخذ لجنة الاعتمادات الدولية قرارات الاعتماد النهائية استناداً إلى تحليل نتائج الفحص.

كيف تطوّرت معايير المستشفيات في البداية وكيف صقلت في هذه الطبعة الثالثة؟

يقوم فريق خاص من 16 عضواً، مكوّن من أطباء متمرّسين وممرّضين وإداريين وخبراء في السياسة العامة، بتوجيه تطوير عملية معايير الاعتماد الدولية للجنة المشتركة الدولية وتنقيحها. ويتكوّن الفريق الخاصّ من أعضاء من ستة أقاليم عالمية رئيسية: أميركا اللاتينية والبحر الكاريبي، وآسيا والبلاد المطلّة على المحيط الهادئ، والشرق الأوسط، وأوروبا الشرقية والوسطى، وأوروبا الغربية، وإفريقيا. ويصقل عمل الفريق الخاصّ استناداً إلى المراجعة الميدانية الدولية للمعايير ومدخلات الخبراء وغيرهم ممن يمتلكون معارف فريدة.

وتواصل لجنة دولية للمعايير العمل مع الفريق الخاصّ وتقدّم توصيات بشأن التحديثات والتعديلات اللازمة لهذه المعايير لكي تعكس التطبيقات المعاصرة بشكل دائم.

كيف تنظّم المعايير؟

تنظّم المعايير حول الوظائف المهمّة المشتركة في كل مؤسسات الرعاية الصحية. ويعتبر التنظيم الوظيفي للمعايير الأوسع استخداماً في كل أنحاء العالم، وقد أقرّته الدراسة العلمية والاختبار والتطبيق.

تصنّف المعايير وفقاً للوظائف المتعلّقة بتقديم الرعاية للمرضى وتلك المتعلّقة بتوفير مؤسسة سالمة وفعّالة وجيّدة الإدارة. وتطبّق هذه الوظائف على المؤسسة بأكملها بالإضافة إلى كل دائرة أو وحدة أو خدمة داخل المؤسسة. وتجمع عملية الفحص معلومات الامتثال للمعايير في المؤسسة بأكملها ويستند قرار الاعتماد إلى مستوى الامتثال الكلي الموجود في المؤسسة بأكملها.

لماذا لا توجد معايير بارزة بخط أسود عريض في هذه الطبعة الثالثة؟

في الطبعات السابقة، ظهرت بعض المعايير بخط أسود عريض إذ اعتُبرت "جوهرية"، لأنّها تحمي حقوق المريض وعائلته الأساسية، وتدعم سلامة منشأة رعاية المرضى، وتقلّل المخاطر في عملية رعايتهم. وقد بيّنت التجربة أنّ كل المعايير ذات علاقة متساوية بخفض المخاطر في مؤسسات الرعاية الصحية ومن ثم فإنّ كل المعايير تعتبر ذات أهمية متساوية في الوفاء بقواعد قرار الاعتماد.

هل المعايير متاحة للاستخدام في المجتمع الدولي؟

نعم. هذه المعايير متاحة في الحقل العامّ الدولي لتستخدمها مؤسسات الرعاية الصحية كل على حدة والهيئات العامة في تحسين جودة رعاية المرضى. ويمكن فقط تنزيل المعايير بدون تكلفة من موقع اللجنة المشتركة الدولية على الإنترنت للنظر في تكييفها مع احتياجات كل بلد على حدة. وتتطلّب ترجمة المعايير كما نشرتها اللجنة واستخدامها إذناً.

ما الذي يطبّق عندما يكون هناك قوانين وطنية ومحلية تتعلّق بمعيار ما؟

عندما يتعلّق الامتثال لأحد المعايير بقانون أو نظام ما، يطبّق أي يحدّد المطلب الأعلى أو الأشدّ منهما.

كيف أستخدم هذا الدليل للمعايير؟

يمكن استخدام هذا الدليل للمعايير الدولية كما يلي:

- توجيه الإدارة الكفوءة والفعّالة لمؤسسة الرعاية الصحية؛
- توجيه المؤسسة وتقديم خدمات رعاية المرضى، والمساعي المبذولة لتحسين جودة وكفاءة تلك الخدمات؛
- مراجعة الوظائف المهمة لمؤسسة الرعاية الصحية؛
- معرفة المعايير التي يجب أن تفي بها كل المؤسسات لكي تستحقّ أن تمنحها اللجنة المشتركة الدولية الاعتماد؛
- مراجعة توقّعات الامتثال للمعايير والمتطلّبات الإضافية المترافقة مع بيانات النوايا؛
- معرفة سياسات الاعتماد وإجراءاته وعملية الاعتماد؛
- التآلف مع المصطلحات المستخدمة في هذا الدليل.

ما "العناصر المقيسة" للمعيار؟

العناصر المقيسة للمعيار هي متطلّبات المعيار وإعلان نواياه التي تراجع وتمنح درجة في أثناء عملية الفحص الخاصة بالاعتماد. وتسرد العناصر المقيسة ما هو المطلوب للامتثال الكامل للمعيار. وينعكس كل عنصر بالفعل في المعيار أو إعلان النية. ويرمي سرد العناصر المقيسة إلى إضفاء قدر أكبر من الوضوح على المعايير ومساعدة المؤسسات في تعليم العاملين فيها عن المعايير والاستعداد لفحص الاعتماد.

ما مقدار تكرّر تحديث المعايير؟

تجمع المعلومات والخبرات المتصلة بالمعايير على أساس متواصل. ويتم تنقيح معيار ما أو حذفه إذا لم يعد يعكس ممارسة الرعاية الصحية السائدة حالياً، والتكنولوجيا الشائعة، وتطبيقات إدارة الجودة، وما إلى هنالك. وينتظر حالياً أن تراجع المعايير وتنشر كل ثلاث سنوات على الأقل.

ما جديد الطبعة الثالثة من الدليل؟

ثمة قائمة كاملة في الصفحات 27 – 34 بكل التغيرات التي طرأت في الانتقال من الطبعة الثانية إلى الطبعة الثالثة للمعايير.

وتضمّ بعض أهمّ التغيرات ما يلي:

- فصلاً جديداً يحتوي على الأهداف الدولية لسلامة المرضى.
- تمّ تنقيح معايير تدبير الأدوية وأفرد لها فصل منفصل بعنوان "تدبير الأدوية واستخدامها" (MMU).
- تمّ تنقيح معايير الجراحة والتخدير وأفرد لها فصل منفصل بعنوان "التخدير والرعاية الجراحية" (ASC).
- جمعت المعايير المتعلّقة بعمليات الاتصال من كل الفصول وأدمجت مع معايير إدارة المعلومات في فصل منقّح بعنوان "إدارة الاتصالات والمعلومات" (MCI).

- أظهرت العمليات الخاصة بالمراجعة الأولية والدورية لمؤهّلات وكفاءات الأطبّاء والممرّضين والاختصاصيين الصحيين المساعدين بوضوح شديد مع رفع التوقّعات المتعلّقة بالأقسام العملية اللازمة لضمان الرعاية السالمة والنوعية في المؤسسة.
- تمّت مراجعة معايير السيطرة على العدوى ("الوقاية من العدوى والسيطرة عليها") ويضمّ الآن معايير تتعلّق بإجراءات العزل.
- أدخل معيار جديد متعلّق بالإشراف على التعليم المهني الصحي في المؤسسة.
- أدخل معيار جديد يتعلّق بتقديم برنامج صحة الموظفين وسلامتهم.
- تمّ توضيح التوقّعات المتعلّقة بتقييم أحداث المراقبة والأحداث غير المواتية وأدخلت توقّعات جديدة لعملية الاستعداد الاستباقية.
- أدخلت الإحالات في كل أنحاء النصّ، ما يرشد القرّاء إلى المعايير ذات الصلة وغير ذلك من المعلومات المتصلة.
- تمّ تحديث المسرد وتوسيعه.
- تمّ توسيع الفهرس لتسهيل تنقّل المستخدم بين المعايير والموضوعات ذات الصلة.

◥ سياسات اعتماد اللجنة المشتركة الدولية

على مؤسسات الرعاية الصحية التي ترغب في أن تُعتمد من قبل اللجنة المشتركة الدولية أن تلبّي المتطلّبات التالية.

متطلّبات الأهلية العامّة للفحص

يجوز لأي مؤسسة رعاية صحية (انظر المسرد أيضاً) أن تقدّم طلباً للاعتماد لدى اللجنة المشتركة الدولية (انظر المسرد أيضاً) إذا كانت تلبّي المطالب التالية:

- أن تكون المؤسسة عاملة حالياً كمقدّم رعاية صحية في البلد وحائزة رخصة (إذا كان ذلك مطلوباً).
- أن تتولّى المؤسسة، أو تكون راغبة في تولّي، المسؤولية عن تحسين جودة الرعاية والخدمات التي تقدّمها.
- أن تقدّم المؤسسة الخدمات التي تتصدّى لها معايير اللجنة المشتركة الدولية.

الغرض من فحص الاعتماد

يقيّم فحص الاعتماد (انظر المسرد أيضاً) امتثال المؤسسة لمعايير اللجنة المشتركة الدولية وبيانات نواياها. ويقيّم الفحص امتثال المؤسسة استناداً إلى

- مقابلات مع العاملين والمرضى وغير ذلك من المعلومات الشفهية؛
- مراقبة الفاحصين عمليات العناية بالمرضى في الموقع (انظر المسرد أيضاً)؛
- السياسات والإجراءات وغيرها من المستندات التي تقدّمها المؤسسة؛
- نتائج التقييمات الذاتية عندما تكون جزءاً من عملية الاعتماد.

تساعد عملية الفحص في الموقع، بالإضافة إلى التقييم الذاتي المتواصل، المؤسسة في تحديد المشاكل وتصحيحها وتحسين جودة الرعاية (انظر المسرد أيضاً) والخدمات. وبالإضافة إلى تقييم الامتثال للمعايير وبيانات نواياها، يمضي الفاحصون الوقت في تقديم التعليم دعماً لأنشطة تحسين الجودة في المؤسسة.

نطاق فحوص الاعتماد

يشمل نطاق فحوص اللجنة المشتركة الدولية كل المعايير المتصلة بوظائف المؤسسة المتقدّمة بالطلب وكل أماكن الرعاية بالمرضى. تنتقي اللجنة المشتركة الدولية المعايير المنطبقة من هذا الدليل استناداً إلى نطاق الخدمات (انظر المسرد أيضاً) الذي تقدّمه المؤسسة التي تطلب إجراء الفحص.

ينظر الفحص في الموقع في العوامل الثقافية و/أو القانونية المحدّدة التي تؤثّر في القرارات المتعلّقة بتقديم الرعاية أو تصيغها و/أو سياسات المؤسسة وإجراءاتها.

نتائج فحوص الاعتماد

تتخذ لجنة الاعتماد في اللجنة المشتركة الدولية قرارات الاعتماد (انظر المسرد أيضاً) استناداً إلى نتائج الفحص. ويمكن أن تتلقّى المؤسسة واحداً في قراري الاعتماد التاليين:

معتمد: قرار الاعتماد الناتج عندما تظهر المؤسسة

- امتثالاً مقبولاً لكل معيار من معايير اللجنة المشتركة الدولية ("5" نقاط على الأقل في كل معيار)؛
- امتثالاً مقبولاً للمعايير في كل فصل (ما مجموعه "7" نقاط على الأقل في كل فصل)؛
- امتثالاً إجمالياً مقبولاً (ما مجموعه "8.5" نقاط على الأقل في كل المعايير)؛
- امتثالاً مقبولاً للأهداف الدولية لسلامة المرضى ("5" نقاط على الأقل في كل متطلّبات الأهداف).

رفض الاعتماد: قرار الاعتماد الناتج عندما لا تمتثل المؤسسة بشكل متسق لمعايير اللجنة المشتركة الدولية والأهداف الدولية لسلامة المرضى، بما في ذلك

- الحصول على ما دون "5" نقاط في معيار واحد أو أكثر ؛
- تدني مجموع النقاط عن "7" لكل فصل ؛
- تدني مجموع النقاط عن "8.5" في كل المعايير ؛
- الحصول على "0" في واحد أو أكثر من متطلّبات الأهداف الدولية لسلامة المرضى ؛
- عندما تسحب اللجنة المشتركة الدولية الاعتماد الممنوح لأسباب أخرى ؛ أو
- عندما تنسحب المؤسسة طوعاً من عملية الاعتماد.

مكافآت الاعتماد

للحصول على الاعتماد، على المؤسسات أن تظهر امتثالاً مقبولاً للمعايير الأساسية وغير الأساسية وتحقيق عدد النقاط الأدنى في هذه المعايير. ويشير عدد النقاط التي تحرزها المؤسسة فوق هذا المستوى الأساسي للامتثال للمعايير إلى المستوى الإجمالي لإنجاز المعايير.

تتلقى المؤسسات المعتمدة تقرير اعتماد نهائياً وشهادة المكافأة. يشير التقرير إلى مستوى الامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الدولية الذي حقّقته المؤسسة.

طول مدّة مكافآت الاعتماد

تكون مكافآت الاعتماد صالحة لمدة ثلاث سنوات ما لم تلغها اللجنة المشتركة الدولية. وتسري المكافأة بمفعول رجعي في اليوم الأول بعد أن تكمل اللجنة المشتركة الدولية فحص المؤسسة، أو بعد أن تكمل أي فحص مركّز مطلوب عندما تكون المتابعة مطلوبة.

وفي نهاية دورة اعتماد المؤسسة البالغة ثلاث سنوات، يجب إعادة تقييم المؤسسة لكي تصبح مؤهّلة لتجدد مكافأة الاعتماد.

إذا خضعت المؤسسة لتغيرات في هيكلها أو ملكيّتها أو خدماتها خلال فترة الاعتماد، عليها إشعار اللجنة المشتركة الدولية بذلك. وتحدّد اللجنة بعد ذلك إذا كانت هناك حاجة إلى إعادة فحص المؤسسة واتخاذ قرار اعتماد جديد.

وإذا تلقّت اللجنة المشتركة الدولية، في أثناء فترة الاعتماد، معلومات بأنّ المؤسسة ابتعدت كثيراً عن الامتثال لمعايير الاعتماد الراهنة، فإنّها تحدّد إذا كانت هناك حاجة إلى إعادة فحص المؤسسة و/أو اتخاذ قرار اعتماد جديد.

دقّة المعلومات والصدق

يجب أن تقدّم المؤسسة معلومات دقيقة وصادقة طوال الوقت في عملية الاعتماد. وإذا زوّرت المؤسسة المعلومات ذات الصلة بالاعتماد، عن عمد أو سهو، تنهى مكافأة اعتمادها على الفور، أو لا تكون المؤسسة مؤهّلة لإعادة التقييم في حالة التقدّم بطلب جديد.

التزوير هو قيام مقدّم الطلب أو المؤسسة المعتمدة بتلفيق أي معلومات، كلياً أو جزئياً، مقدّمة إلى اللجنة المشتركة الدولية. ويشمل هذا التلفيق تغيير مضمون المستندات من خلال إعادة كتابة المضمون أو إعادة تنسيقه أو حذفه.

كيف يقدّم طلب الاعتماد

تبدأ مؤسسة الرعاية الصحية التي ترغب في أن تعتمد عملية الاعتماد (انظر المسرد أيضاً) بإكمال طلب الفحص وتقديمه. يوفّر هذا المستند المعلومات الضرورية عن مؤسسة الرعاية الصحية، بما في ذلك ملكيتها، والأوضاع الديمغرافية، وأنواع الخدمات المقدّمة وحجمها. وطلب الفحص

- يصف المؤسسة التي تسعى إلى نيل الاعتماد ؛
- يطلب من المؤسسة أن تقدّم إلى اللجنة المشتركة الدولية كل السجلات والتقارير الخاصة بالترخيص والهيئة التنظيمية وغيرها من الهيئات الحكومية ؛
- يفوّض اللجنة المشتركة الدولية بالحصول على أي سجلات أو تقارير عن المؤسسة لا تمتلكها المؤسسة ؛
- عندما يكتمل وتقبله اللجنة المشتركة الدولية ومقدّم الطلب، فإنّه يحدّد شروط العلاقة بين المؤسسة واللجنة المشتركة الدولية.

يجوز لمؤسسة الرعاية الصحية تقديم الطلب بتنسيق إلكتروني بتنزيل نموذج الطلب من الموقع http://www.jointcommissioninternational.com وإعادة النموذج المكتمل بالفاكس أو البريد الإلكتروني إلى :

Lisa Stahly
Manager, International Accreditation Services
Fax: +1–630–268–3743
E–mail: lslahly@jcinc.com

وعلى المؤسسة أن تبلغ اللجنة المشتركة الدولية عن أي تغيرات تطرأ على المعلومات المحتواة في طلبها إجراء الفحص في الفترة الممتدة بين تاريخ تقديم الطلب وتاريخ إجراء الفحص.

تحديد موعد الفحص وإعداد جدول أعمال الفحص

تختار اللجنة المشتركة الدولية والمؤسسة تاريخ الفحص (ضمن 90 يوماً من تسلّم الطلب في العادة) وتحضّر جدول أعمال الفحص للوفاء باحتياجات المؤسسة ومتطلّبات الفحص الكفوء. ولخفض تكاليف السفر المرتبطة بالفحص، تبذل اللجنة كل الجهود لتنسيق الإعداد لجدول أعمال فحوصات المؤسسات ذات الصلة أو المستقلة في بلد أو منطقة محدّدة.

تعيّن اللجنة لكل مؤسّسة اختصاصي بتقديم خدمات الاعتماد يعمل بمثابة صلة الوصل الأولية بين المؤسسة واللجنة المشتركة الدولية. ويقوم هذا الفرد بتنسيق التخطيط للفحص ويكون متوافراً أمام المؤسسة للإجابة عن أي سؤال عن السياسات أو الإجراءات أو قضايا الاعتماد.

يعمل اختصاصي الاعتماد مع المؤسسة على إعداد جدول أعمال المسح استناداً إلى حجم مؤسسة الرعاية الصحية ونوعها وتعقيدها. ويحدّد جدول الأعمال المواقع التي ستجرى معاينتها في المؤسسة، ونوع المقابلات التي ستجرى، والعاملين الذين سيقابلهم، والوثائق التي تقدّم للفاحصين.

يجري الفحص فاحصون دوليون على قدر عالٍ من الكفاءة. وستبذل اللجنة المشتركة الدولية قصارى الجهد لتوفير فاحصين يتقنون اللغة (اللغات) المستخدمة في المؤسسة. وإذا لم يتوافر للجنة فاحصون لديهم القدرات اللغوية الملائمة، فستعمل اللجنة مع المؤسسة على تحديد مترجمين مؤهّلين.

وربما تنشأ ظروف يتعين فيها على المؤسسة أو اللجنة تأجيل الفحص المحدّد أو ربما ترغب في إلغائه. انظر "سياسة هيكل رسوم الاعتماد لدى اللجنة المشتركة الدولية" أدناه لمزيد من التفاصيل.

سياسة هيكل رسوم الاعتماد لدى اللجنة المشتركة الدولية

يستند رسم فحص الاعتماد إلى عدة عوامل، بما في ذلك حجم الخدمات التي تقدّمها المؤسسة ونوعها، وعدد المواقع أو أماكن الرعاية التي يشملها الفحص، وعدد الفاحصين، وأيام الفحص المطلوبة لإجراء تقييم الامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الدولية للمستشفيات. ويدرج الوقت الذي يقضيه الفاحص في إعداد التقرير ضمن أيام الفحص المحسوبة. ولا تحمّل المؤسسة رسوماً عن تكاليف فحص التحقق.

رسم اعتماد المستشفيات الأولي كل ثلاث سنوات

تحتاج معظم المستشفيات إلى فريق من ثلاثة أعضاء للقيام بفحص مدته ثلاثة أيام وإجراء تقييم شامل يتسم بالكفاءة. وتعدّل الرسوم بالنسبة للمستشفيات الأكبر أو الأصغر صعوداً أو نزولاً وفق الاقتضاء.

يشمل الرسم :

- *دليل عملية الفحص*
- جدول أعمال الفحص الخاص بالمؤسسة
- كل المعلومات الداعمة والمساعدة المتعلقة بعملية الفحص في الموقع وتفسير المعايير

- فريق فحص ذو خبرة دولية يتكوّن من
  - طبيب
  - ممرّض
  - إداري
- كل التقارير الأولية والنهائية
- شهادة الاعتماد

رسم الفحص المركّز

تجرى الفحوص المركّزة عندما تطلع اللجنة المشتركة الدولية على مشاكل عدم امتثال للمعايير قد تتسم بالخطورة، أو مشاكل في رعاية المرضى أو سلامتهم، أو عندما تكون لدى اللجنة أسباب قانونية أخرى لفحص المؤسسة المعتمدة. يراجع الفحص المركّز متطلّبات المعايير و/أو الهدف الدولي لسلامة المرضى التي لا يتمّ الامتثال لها وقت إجراء الفحص أو الواردة في تقرير عن حادث ما. وفي معظم الحالات، يجري فاحص واحد فحصاً مركّزاً في يوم واحد. غير أنّ اللجنة تحتفظ بحق تعيين غير فاحص واحد أو تحديد أكثر من يوم واحد إذا أشار بذلك عدد المعايير التي يجب فحصها، أو تنوّع أنشطة الفحص.

رسم التأجيل

للجنة المشتركة الدولية، بحسب تقديرها، أن توافق في حالات نادرة على طلب تأجيل فحص مؤسسة لا تلبّي أياً من المعايير المذكورة أعلاه. وفي هذه الحالات، قد يفرض على المؤسسة رسم لتحمّل التكاليف.

الأسباب المقبولة للتأجيل. يمكن أن تؤجّل المؤسسة فحوصاً مبرمجة عند وقوع واحد أو أكثر من هذه الأحداث:

- كارثة طبيعية أو حدث كبير آخر غير منظور يحدث اضطراباً كاملاً أو جوهرياً في العمليات.
- وقوع إضراب كبير في المؤسسة يوقف استقبال المرضى، ويضطرها إلى تحويل (انظر المسرد أيضاً) المرضى إلى منشآت أخرى.
- انتقال المرضى أو المؤسسة أو كليهما إلى مبنى آخر في أثناء الفحص المبرمج.

وتحتفظ اللجنة المشتركة الدولية بحقّ إجراء فحص في الموقع إذا واصلت المؤسسة تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى في مثل هذه الظروف.

رسم الإلغاء

يمكن أن يلغي أي من الطرفين الفحص دون جزاء أو تعويضات في حال القضاء والقدر، أو الحرب، أو الإرهاب، أو تطبيق أنظمة حكومية، أو وقوع كارثة، أو إضرابات، أو اضطرابات مدنية، أو غير ذلك من الأحداث الطارئة ذات الطبيعة المماثلة التي تجعل من المستحيل أو غير القانوني أو غير المعقول المضي قدماً شرط تقديم إشعار خطي بالحدث الذي يحتّم الإلغاء بأسرع ما يمكن عملياً. ويمكن أن تتبع اللجنة المشتركة الدولية نصيحة الوزارات المعنية بتقييم الظروف السياسية والعسكرية فيما يتعلّق بالفحص المبرمج.

الإلغاء بناء على رغبة المؤسسة. إذا ألغت المؤسسة الفحص قبل ثلاثين (30) يوماً أو أقل من أول أيام الفحص لأي سبب غير المذكور أعلاه، قد تطلب لجنة الاعتماد دفع نصف رسوم الفحص لاسترجاع التكاليف التي ستتكبّدها لجنة الاعتماد.

الإلغاء بناء رغبة اللجنة المشتركة الدولية. في حال ألغت اللجنة المسح لأي سبب غير تلك المذكورة أعلاه، لا تغرّم المؤسسة شيئاً.

تكاليف السفر ذات الصلة بفحص الاعتماد أو الفحص المركّز

بالإضافة إلى رسوم المسح، تكون المؤسسة مسؤولة عن دفع كل تكاليف سفر الفاحصين. ويشمل ذلك الانتقال (جواً وبالقطار وبالسيارة) والإقامة، بما في ذلك معدّل يومي محدّد للوجبات والتكاليف العارضة. ولا يزيد هذا المعدّل على المعدّلات الجارية التي تحدّدها وزارة الخارجية الأميركية للسفر الدولي.

دفع رسوم الفحص

تدفع كل الرسوم بالعملة الأميركية. وتكون كل الرسوم على أساس ما بعد الضريبة. وإذا طلب من اللجنة المشتركة الدولية دفع ضرائب محلية أو خاصة بالبلد أو ضرائب أخرى، تضاف هذه الضرائب إلى الرسوم المحدّدة. ويطلب دفعة ابتدائية مقدارها 50 بالمئة لتأمين تواريخ الفحص وإعداد برنامج الفريق الفاحص. وتتسلّم المؤسسة فاتورة برصيد رسم الفحص وتكاليف سفر الفريق الفاحص خلال 10 أيام من الفحص في الموقع. وتقدّم فاتورة رسوم الفحص المركز بشكل منفصل خلال 10 أيام من الزيارة المركّزة.

السرية

تمنع سياسة السرية لدى اللجنة المشتركة الدولية إذاعة المعلومات المجموعة من المؤسسة في أثناء عملية الاعتماد. والمعلومات الوحيدة التي تقدّمها اللجنة إلى الجمهور هي وضعية اعتماد المؤسسة، أي إذا اعتمدت المؤسسة أو رُفض اعتمادها.

وعندما تتوافر قاعدة معلومات كافية عن المؤسسات المعتمدة لإجراء تقرير مقارن، تقدّم اللجنة المشتركة الدولية

- الدرجات التي أحرزتها المؤسسة عن كل فصل من فصول المعايير
- الدرجة الإجمالية للمؤسسة المعتمدة

إذا كانت المؤسسة ترغب في استخدام اعتمادها تلبية لمتطلّبات حكومية (من أجل الترخيص مثلاً، انظر المسرد أيضاً)، تصدر اللجنة المشتركة الدولية معلومات إضافية، خاصة بتقرير الاعتماد وتشمله، إلى الهيئة الحكومية المعنية بترخيص المؤسسة المعتمدة.

وللمؤسسة المعتمدة أن تصدر مزيداً من المعلومات المفصّلة الخاصة بتقرير الاعتماد إلى من ترغب. لكن عندما توزّع المؤسسة معلومات غير صحيحة عن اعتمادها، تحتفظ اللجنة بحقّ إيضاح المعلومات التي تعتبر سرية بخلاف ذلك.

عملية اتخاذ قرار الاعتماد

قرار الاعتماد

يستند قرار الاعتماد النهائي إلى امتثال المؤسسة لمعايير اللجنة المشتركة الدولية. ولا تحصل المؤسسات على درجة عددية كجزء من قرار الاعتماد النهائي. وعندما تفي مؤسسة ما بمتطلّبات اللجنة بنجاح، تكافأ بقرار اعتماد ينصّ على أنّها "معتمدة" وفقاً لتقرير نتائج فحص الاعتماد الرسمي الذي أجرته اللجنة. ويشير هذا القرار إلى أنّ المؤسسة ممتثلة للمعايير المطبّقة والأهداف الدولية لسلامة المرضى وقت إجراء الفحص في الموقع أو أنّها تعاملت بنجاح مع كل ما يتطلّبه الفحص للتحسين في تقريرها المرحلي الخطي خلال 60 يوماً بعد الفحص بالنسبة إلى إعادة الفحص، أو خلال ستة أشهر بالنسبة إلى الفحوص الابتدائية.

طول مدة مكافآت الاعتماد

تكون مكافأة الاعتماد صالحة لمدة ثلاث سنوات ما لم تبطلها اللجنة المشتركة الدولية. وتكون المكافأة نافذة بمفعول رجعي في اليوم الأول بعد إكمال فحص المؤسسة من قبل اللجنة، أو عند استكمال أي فحص مركّز عندما تكون المتابعة مطلوبة. ولا يجدّد اعتماد المؤسسة بعد ثلاث سنوات بصورة تلقائية. وبدلاً من ذلك فإنّ على المؤسسة التي تسعى إلى استمرار اعتمادها الخضوع ثانية لفحص اعتماد كامل، وحل شروط المتابعة، وأن يتوصل ثانية إلى أنّها ممتثلة بشكل مرض للمعايير والأهداف الدولية لسلامة المرضى.

عملية تجديد الاعتماد

1. ترسل اللجنة المشتركة الدولية إلى المؤسسة طلباً لإعادة الفحص قبل التاريخ المحدّد لاعتماد المؤسسة كل ثلاث سنوات.
2. تكون المؤسسة مسؤولة عن استكمال طلب إعادة الفحص وإعادته إلى اللجنة المشتركة الدولية ضمن تاريخ الاستحقاق.
3. تعيّن اللجنة المشتركة الدولية برنامج الفحص. ويبذل كل جهد ممكن ليكون موعد الفحص كل ثلاث سنوات قريباً من موعد انتهاء دورة الاعتماد في الثلاث سنوات الماضية. وستعمل اللجنة مع المؤسسات في البلد أو المنطقة المتوجّب إجراء الفحوص فيها على برمجة تواريخ الفحص الملائمة.
4. يمكن أن تبقى وضعية الاعتماد السابقة للمؤسسة نافذة ما يصل إلى مدة شهرين بعد إجراء فحص الاعتماد الكامل اللاحق لإنجاز أي متابعة مطلوبة.

5. على المؤسسة إبلاغ اللجنة المشتركة الدولية إذا طرأت عليها تغيّرات تتصل بهيكلها أو ملكيتها أو خدماتها في أثناء فترة الاعتماد. وتحدّد اللجنة عندئذ الحاجة إلى إعادة فحص المؤسسة واتخاذ قرار اعتماد جديد.
6. إذا تلقّت اللجنة المشتركة الدولية في أثناء فترة الاعتماد معلومات بأنّ المؤسسة ابتعدت عن الامتثال لمعايير الاعتماد الحالية بشكل جوهري، تحدّد اللجنة عندئذ الحاجة إلى إعادة فحص المؤسسة و/أو اتخاذ قرار اعتماد جديد. (انظر أيضاً سياسة الفحص المركّز لدى اللجنة المشتركة الدولية أدناه).

مراجعة التقرير الرسمي لنتائج فحص الاعتماد

يوجد أمام المؤسسة 30 يوماً منذ تسلُّم التقرير الرسمي لنتائج فحص الاعتماد لكي تطلب، خطياً أو بالبريد الإلكتروني، مراجعة التقرير المتعلّق بنتائج الفحص. ويجب أن يكون طلب المراجعة مصحوباً ببيانات ومعلومات ملائمة لدعم طلبها. وستنظر لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية في طلب إجراء المراجعة وتتخذ القرار النهائي.

إجراء التحسينات المتعلّقة بنتائج الفحص والإبلاغ عنها

تطلب اللجنة المشتركة الدولية من المؤسسة تلبية كل التوصيات الخاصة بمتابعة التحسينات ضمن إطار زمني محدّد. ويتمّ إثبات التحسينات المرضية من خلال تقرير مرحلي مرضٍ أو فحص مركّز أو الاثنين.

يحدّد الإطار الزمني للمتابعة ونوع نشاط المتابعة بواسطة القواعد التي تضعها لجنة الاعتماد وتطبّق على نتائج فحص الاعتماد الكامل.

ولا يمكن اعتماد المؤسسة إلى أن تحل كل الشروط التي تتطلّب إجراء فحص متابعة مركّز بشكل مرضٍ.

طلب استئناف القرارات عندما ترفض اللجنة المشتركة الدولية الاعتماد أو تسحبه

إذا اتخذ قرار، استناداً إلى نشاط فحص كامل أو مركّز أو خلافه، أو نشاط مهدّد للحياة، برفض الاعتماد أو سحبه، يكون أمام المؤسسة 20 يوماً منذ تسلّمها التقرير الرسمي لنتائج فحص الاعتماد أو إشعار سحب الاعتماد لإبلاغ اللجنة المشتركة الدولية، خطياً أو بالبريد الإلكتروني، بنيتها استئناف القرار.

ويكون أمام المؤسسة عندئذٍ 60 يوماً لتقدم إلى اللجنة، خطياً أو بالبريد الإلكتروني، البيانات والمعلومات المقبولة لدعم الاستئناف.

وإذا ثبّت قرار رفض الاعتماد أو سحبه بعد قيام اللجنة بمراجعة المواد المقدمة، للمؤسسة المثول أمام لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية، على نفقتها الخاصة، لدعم استئنافها.

فيما يلي عرض مجمل لإجراء المعالجة والاستئناف:

إبلاغ المؤسسات بالمجالات التي لا تمتثل لمعايير اللجنة المشتركة الدولية أو الشروط المتصلة بالتهديد للحياة. إذا قرّر الموظفون في اللجنة، استناداً إلى نتائج الفحص، ووثائق الفحص، وأي مواد أو معلومات أخرى ذات صلة رفع توصية إلى لجنة الاعتماد، بما ينسجم مع القواعد التي توافق عليها تلك اللجنة، برفض اعتماد المؤسسة أو سحبه، فعلى الموظفين ذكر النقاط الرئيسية للنتائج التي توصّلوا إليها وقرارهم. وللمؤسسة عندئذٍ القيام بما يلي:

أ. قبول النتائج والقرار

أو

ب. تقديم الدليل إلى اللجنة المشتركة الدولية على امتثالها لمعايير اللجنة المذكورة عند إجراء الفحص غير الظاهر في التقرير الرسمي لنتائج فحص الاعتماد، إلى جانب أي تفسير لعدم توافر تلك المعلومات عند إجراء الفحص.

أو

ج. تقديم الدليل المتعلّق بنتائج وجود وضع مهدّد للحياة إلى اللجنة المشتركة الدولية.

النظر في ردّ المؤسسة. تراجع اللجنة المشتركة الدولية المسائل المعروضة للبحث وتقوم بما يلي بما ينسجم مع قواعد اتخاذ القرارات التي أقرّتها لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية:

أ. ترفع إلى لجنة الاعتماد توصية بمنح الاعتماد إلى المؤسسة

ب. ترفع توصية برفض اعتماد المؤسسة

الإجراء الذي تتخذه لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية. يمكن أن تقوم لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية بأحد الأمور التالية:

أ. اعتماد المؤسسة

ب. رفض اعتماد المؤسسة

ج. تأجيل النظر ريثما يتمّ جمع معلومات إضافية تتعلّق بوضع امتثال المؤسسة أو الوضع المهدّد للحياة ومراجعتها من قبل موظفي الاعتماد في اللجنة المشتركة الدولية

د. طلب إجراء إعادة للفحص أو فحص مركّز للمؤسسة وتقييم للنتائج بالقدر الذي يراه موظفو الاعتماد ملائماً.

وإذا انسحبت مؤسسة من عملية الاعتماد بعد إجراء الفحص، تتخذ لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية قرارها استناداً إلى نتائج فحص الاعتماد الكامل والمتابعة وتقدّمه إلى المؤسسة.

سياسة الفحص المركّز لدى اللجنة المشتركة الدولية

يمكن أن تجري اللجنة المشتركة الدولية فحصاً لمتابعة فحص كامل أو عندما تطّلع على مشاكل خطيرة محتملة في الامتثال للمعايير أو رعاية المرضى أو سلامتهم، أو عندما تكون لديها أسباب صالحة أخرى لفحص مؤسسة معتمدة. وفي بعض الحالات، يُجري فاحص واحد فحصاً مركّزاً مدته يوم واحد. غير أنّ اللجنة المشتركة الدولية تحتفظ بحقّها بطلب غير فاحص واحد أو أكثر من يوم واحد تبعاً لما يشير إليه عدد المعايير المراد فحصها، أو تنوّع أنشطة الفحص.

ملاحظة: تفرض رسوم الفحص المركّز على المؤسسة بصرف النظر عن النتيجة. وتستطيع المؤسسة تحديد تكلفة مثل هذا الفحص عن طريق الاتصال بمكتب الاعتماد التابع للجنة المشتركة الدولية.

تشمل الأسباب الداعية إلى إجراء الفحص المركّز ما يلي:

أ. الحاجة إلى ملاحظة الفاحص، أو إجراء مقابلات مع الموظفين أو المرضى، أو معاينة المنشأة مادياً للتثبت من أنّ المؤسسة قد اتخذت الإجراء اللازم لتحقيق الامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الدولية و/أو الهدف (أهداف) الدولي لسلامة المرضى التي حدّد أنّها لم تكن مستوفاة عند إجراء الفحص الأولي أو كل ثلاث سنوات.

أو

ب. تسلُّم معلومات تتعلّق بوقوع حادثة أو سلسلة من الحوادث في مؤسسة معتمدة ما ينتج عنه أي من الأوضاع التالية:

- القلق من استمرار وجود تهديد لسلامة المرضى المعرّضين للخطر أو رعايتهم
- أدلة على أنّ المؤسسة لا تمتثل لسياسة الدقة في المعلومات والصدق.

للجنة المشتركة الدولية أن ترفض اعتماد المؤسسة أو تبطله إذا لم تسمح المؤسسة لها بإجراء فحص مركّز. ويمكن أجراء الفحص المركّز في أي وقت خلال دورة اعتماد المؤسسة. ولا يصدر تقرير أولي بعد الفحص المركّز.

إذا كانت نتائج الفحص المركّز توحي بأنّ المؤسسة زوّرت أي دليل توضيحي أو إجراء مبلّغ عنه للوصول إلى الامتثال، فستوصي هيئة العاملين في اللجنة المشتركة الدولية لجنة الاعتماد برفض الاعتماد أو إبطاله.

وإذا حدّد وجود وضع ما في أثناء الفحص المركّز واعتُقد أنّه يشكّل تهديداً جدياً على الصحة العامة أو صحة المريض أو سلامته، يطبّق بروتوكول تهديد الصحة والسلامة (انظر المسرد أيضاً) على الفور كما ذكر أعلاه (انظر أيضاً طلب استئناف القرارات عندما ترفض اللجنة المشتركة الدولية الاعتماد أو تسحبه).

الإجراء المتبع

تراجع المعلومات المتلقّاة من الفاحصين – بعد إكمال الفحص الأولي أو كل ثلاث سنوات أو بواسطة تقرير عن حادثة – من قبل هيئة العاملين في المكتب المركزي للجنة المشتركة الدولية لتحديد هل يلزم إجراء فحص مركّز لتوكيد الامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الدولية ومتطلّبات الهدف الدولي لسلامة المرضى.

إذا خلصت مراجعة هيئة العاملين في المكتب المركزي للجنة المشتركة الدولية إلى أنّ الفحص المركّز ضروري، يقدّم اقتراح إلى لجنة الاعتماد للمراجعة والبحث والموافقة في الاجتماع المقرّر التالي.

عندما يكون الفحص المركّز ناجماً عن فحص كامل، يجب إكمال هذا الفحص خلال 6 أشهر من الفحص الأولي (انظر المسرد) وخلال شهرين من الفحص كل ثلاث سنوات. ويدرج هذا التحديد في التقرير التمهيدي المرسل إلى المؤسسة. ويجب استكمال متطلّبات الفحص المركّز قبل أن تتخذ لجنة الاعتماد التابعة للجنة المشتركة الدولية قرارها.

وعندما يكون الفحص المركّز ناجماً عن تقرير عن حادثة أو معلومات أخرى استُلمت عن مؤسسة معتمدة، يبلّغ المكتب المركزي للجنة المشتركة الدولية المسؤولين الكبار في المؤسسة المعتمدة بأنّ الفحص المركّز يجب أن يعين خلال الـ 45 يوماً التالية للتحقق من الامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الدولية ومتطلّبات الهدف الدولي لسلامة المرضى.

عند إكمال الفحص المركّز، يراجع كبير المسؤولين الطبيين في اللجنة المشتركة الدولية أو مديرها التنفيذي نتائج تقرير الفحص المركّز ويرفع توصية إلى رئيس اللجنة المشتركة الدولية ولجنة اعتمادها بخصوص منح المؤسسة الاعتماد، أو رفضه، أو السماح بالمحافظة على وضع الاعتماد الحالي، أو إبطاله.

تنظر لجنة الاعتماد في توصية العاملين في اللجنة المشتركة الدولية في اجتماعها المقرّر التالي وتتخذ قرار الاعتماد النهائي.

تبلّغ المؤسسة بقرار الاعتماد خلال 60 يوماً من إكمال الفحص المركّز واتخاذ الإجراء الملائم.

سياسة فحص التحقّق لدى اللجنة المشتركة الدولية

الغرض من فحص التحقّق

إنّ غاية فحص التحقّق (انظر المسرد أيضاً) هي تقييم فعّالية عملية فحص اللجنة المشتركة الدولية في تقويم الامتثال للمعايير الدولية في مؤسسات الرعاية الصحية، كجزء من الجهود لتحسين جودتنا الداخلية. ولا تقدّم فواتير إلى المستشفيات التي تتطوّع لإجراء فحص التحقّق.

عملية فحص التحقّق

تدعى المؤسسات التي حصلت على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية إلى التطوّع لفحص التحقّق فور الفحص الأولي أو إعادة الفحص كل ثلاث سنوات.

تستكمل فحوص التحقّق خلال 60 إلى 180 يوماً في أعقاب الفحص الأولي أو إعادة الفحص كل ثلاث سنوات.

وينسجم طول مدة الفحص ومكوّناته مع عملية آخر فحص أولي أو كل ثلاث سنوات.

لا يكون لدى الفاحصين الذين يجرون فحص التحقّق أي معلومات عن نتائج أحدث فحص يجرى كل ثلاث سنوات للمستشفى ويطلب من المستشفى ألا يتشارك تلك المعلومات معهم بأي حال من الأحوال.

لا يتأثّر قرار اعتماد المستشفى المشارك بنتائج فحص التحقّق انسجاماً مع قواعد القرارات المطبّقة على الفحص الأولي أو إعادة الفحص كل ثلاث سنوات.

لكن إذا حدّد أي وضع في أثناء الفحص واعتُقد بأنّه يشكّل تهديداً جدياً على صحة المريض أو سلامته أو على الصحة والسلامة العامة، يبلّغ المكتب المركزي للجنة المشتركة الدولية ويطبّق بروتوكول اللجنة الخاص بالصحة والسلامة.

عند اكتمال الفحص، يقدّم الفاحصون تقريراً شفهياً عن ملاحظاتهم إلى المسؤولين في المستشفى. ولا يترك تقرير خطي في الموقع.

يطلب من المستشفيات التي تتطوّع لفحص التحقّق ألا تكشف عن نتائج فحص التحقّق أمام أي شخص أو مؤسسة في الخارج. وعلى نحو ذلك، لن تذيع اللجنة المشتركة الدولية أي معلومات عن هذا الفحص على الملأ.

ولا تتحمّل المستشفيات التي تتطوّع لإجراء فحص التحقّق أي تكاليف.

سياسة منهجية الاقتفاء الخاصة باللجنة المشتركة الدولية

منهجية الاقتفاء

سياسة الاقتفاء (انظر المسرد أيضاً) هي أساس الفحص الذي تجريه اللجنة المشتركة الدولية في الموقع. وتقوم منهجية الاقتفاء بما يلي:

- تدرج استخدام المعلومات المتوافرة في طلب فحص الاعتماد

- تتابع تجربة الرعاية لعدد من المرضى عبر عملية الرعاية الصحية للمؤسسة بأكملها
- تسمح للفاحصين بتحديد مشاكل الأداء في خطوة واحدة أو أكثر من خطوات عملية رعاية المرضى، أو في أماكن تداخل هذه العمليات

نشاط اقتفاء المرضى الأفراد

إنّ نشاط اقتفاء الأفراد طريقة تقييم تجرى في أثناء الفحص في الموقع، وهي مصمّمة "لاقتفاء" تجارب الرعاية التي مرّ بها مريض ما في المستشفى.

ومنهجية الاقتفاء أسلوب لتحليل نظام تقديم الرعاية والعلاج والخدمات في المستشفى باستخدام مرضى فعليين كإطار لتقويم الامتثال للمعايير الدولية. وفي أثناء اقتفاء أحد الأفراد، يقوم الفاحص بما يلي:

- متابعة مسار الرعاية أو العلاج أو الخدمة التي يقدمها المستشفى إلى المريض في داخلها باستخدام السجلات القائمة حيثما أمكن.
- تقويم العلاقات بين الأنظمة أو الأقسام أو برامج الخدمات أو الوحدات، والوظائف المهمّة في الرعاية والخدمات المقدّمة.
- تقييم أداء العمليات ذات الصلة، مع التركيز على التكامل والتنسيق بين العمليات المتميّزة والمرتبطة.
- تحديد المخاوف المحتملة في العمليات ذات الصلة.

باستخدام المعلومات المستقاة من الطلب، يختار الفاحص (الفاحصون) المرضى من لائحة الذين يخضعون للعلاج "لاقتفاء " تجربتهم في المؤسسة. والمرضى الذين يقع عليهم الاختيار عادة هم من يتلقون خدمات متعدّدة ومعقّدة، ومن ثم على تماس أكبر مع مختلف أقسام المؤسسة. ويقدّم ذلك الفرصة لتقويم قضايا استمرار الرعاية (انظر المسرد). ويبذل الفاحص قصارى جهده، قدر الإمكان، لتجنّب اختيار الاقتفاءات التي تحدث في الوقت نفسه ويمكن أن تتداخل من ناحية الموقع في المؤسسة.

معايير انتقاء المرضى الأفراد المستقصين

يمكن أن يستند اختيار المرضى المستقصين إلى المعايير التالية دون أن يقتصر عليها:

- المرضى في مجموعة التشخيصات الأهم لتلك المؤسسة
- المرضى المرتبطون بنظام الاقتفاءات مثل الوقاية من العدوى والسيطرة عليها وتدبير الدواء (انظر أيضاً ص 21)
- المرضى الذين يجتازون البرامج (المرضى الذين تتقرّر متابعتهم في الرعاية الخارجية (انظر المسرد)، والمرضى المنتقلون من الرعاية في المستشفى إلى الرعاية المنزلية)
- المرضى المستقبلون من مستشفى آخر (المرضى الذين يرعون على المدى الطويل ويتمّ تحويلهم من المستشفى، وعملاء الرعاية الصحية العقلية الذين يتلقّون خدمات خارجية، والمرضى الذين يتلقون خدمات الرعاية المنزلية)
- المرضى الخارجون (انظر المسرد أيضاً) في ذلك اليوم أو اليوم التالي
- المرضى الذين يعبرون البرامج مثل الرعاية في المستشفى إلى الرعاية المتواصلة

يتابع الفاحص تجربة المريض، فينظر في الخدمات المقدّمة من قبل مختلف الأفراد والدوائر ضمن المؤسسة، بالإضافة إلى المرضى المتنقلين فيما بينها.

هذا النوع من المراجعة مصمّم للكشف عن مشاكل النظام، والنظر في المكوّنات الفردية في المؤسسة، وكيف تتفاعل المكوّنات فيما بينها لتوفير رعاية سليمة ونوعية للمرضى.

يمكن أن يبدأ الفاحص (الفاحصون) الاقتفاء حيث يوجد المريض الآن. ويمكن أن ينتقل بعد ذلك إلى حيث أدخل المريض في أنظمة المؤسسة أولاً؛ أو إلى مجال رعاية قدّمت إلى المريض وتتمتّع بالأولوية في المؤسسة؛ أو إلى أي مجال آخر تلقى فيه المريض الرعاية والعلاج والخدمات. ويتباين الترتيب.

يتوقّف عدد المرضى الذين يتابعون بموجب منهجية الاقتفاء على حجم المؤسسة وتعقيدها، وطول مدّة الفحص في الموقع. ويشمل الاقتفاء العناصر التالية وفق ما يتلاءم مع تقديم الرعاية:

- مراجعة السجل مع العامل المسؤول عن رعاية المريض أو علاجه أو الخدمة المقدّمة إلى المريض. وإذا لم يكن الموظّف المسؤول موجوداً، يمكن أن يتحدّث الفاحص إلى موظف آخر. ويجب أن تكون مشاركة المشرف في هذا القسم من الاقتفاء محدودة. ويجتمع مع الفاحص موظف إضافي ضالع في رعاية المريض مع تقدّم الاقتفاء. على سبيل المثال، يتحدّث الفاحص إلى خبير التغذية إذا كان المريض المستقصى يعاني من مشاكل غذائية.

- ملاحظة رعاية المريض مباشرة.
- ملاحظة استخدام الأدوية.
- ملاحظة قضايا الوقاية من العدوى والسيطرة عليها.
- ملاحظة عملية التخطيط للرعاية.
- بحث استخدام البيانات في الوحدات كل على حدة – تدابير تحسين الجودة المستخدمة، وما الذي تمّ تعلّمه، والتحسينات التي أجريت على استخدام البيانات، ونشر البيانات (انظر المسرد أيضاً).
- ملاحظة تأثير البيئة على السلامة وأدوار العاملين في تقليل المخاطر البيئية.
- ملاحظة صيانة المعدّات الطبية (انظر المسرد أيضاً) ومراجعة الموظفين المؤهّلين المسؤولين عن صيانتها.
- إجراء مقابلة مع المريض و/أو عائلته (إذا كان ذلك ملائماً ومنح المريض و/أو عائلته الإذن؛ انظر المسرد للاطلاع على تعريف العائلة). ويركّز البحث على مسار الرعاية، ومحاولة التثبّت من المشاكل المحددة في أثناء الاقتفاء، إذا كان ذلك ملائماً.
- عند زيارة قسم الطوارئ، يتعامل الفاحص (الفاحصون) أيضاً مع إدارة الطوارئ ويتقصى مشاكل تدفّق المرضى. ويمكن أيضاً تلقي مشاكل تدفّق المرضى في مجالات الرعاية المساعدة ووحدات رعاية المرضى الأخرى وفق ما يتصل بالمريض المستقصى. على سبيل المثال، إذا نُقل دم إلى المريض، فقد يزور الفاحص بنك الدم.
- يمكن أن يستخرج الفاحص (الفاحصون) سجلين إضافيين مفتوحين أو مغلقين ويراجعهما للتثبّت من المشاكل التي ربما تمّ تحديدها. ويمكن أن يطلب الفاحص(ون) من الموظفين في الوحدة أو البرنامج أو الخدمة المساعدة في مراجعة السجلات الإضافية. ويمكن استخدام المعايير التالية في اختيار السجلات الإضافية، تبعاً للوضع:
  - التشخيص أو الاختبارات نفسها أو ما يماثلها
  - المريض الذي يوشك على الخروج
  - التشخيص نفسه ولكن طبيب آخر
  - الاختبار نفسه ولكن موقع آخر
  - العمر أو الجنس نفسه
- طول مدة الإقامة
- مقابلة الموظفين
- مراجعة محاضر الاجتماعات والإجراءات كما تدعو الحاجة

الارتباطات بأنشطة الفحص الأخرى

يمكن أن تؤدي المشاكل المحدّدة من أنشطة اقتفاء المرضى الأفراد إلى مزيد من اقتفاءات الأنظمة وأنشطة الفحص الأخرى مثل الجولة على المرافق الحاكمية ومقابلة القيادة.

توفّر نتائج الزيارات الاستقصائية التركيز لاقتفاءات أخرى ويمكن أن تؤثّر على اختيار الاقتفاءات الأخرى. ويمكن أن تحدّد أيضاً مشاكل تتصل بتنسيق المعلومات المتصلة بسلامة خدمات الرعاية وجودتها والإبلاغ عنها.

نشاط نظام الاقتفاء القائم على الأفراد

تنظر الاقتفاءات القائمة على الأفراد في عملية أو نظام محدّد في المؤسسة. ويركّز هذا النشاط، عندما يمكن ذلك، على تجارب مرضى محدّدين أو أنشطة ذات صلة بمرضى محدّدين. ويختلف ذلك عن الاقتفاءات الفردية في أنّ الفاحص في الأخيرة يتتبّع المريض خلال مسار رعايته، ويقيّم كل جوانب الرعاية أكثر من النظام. وفي أثناء نظام الاقتفاء القائم على الأفراد، يقوم الفاحص (الفاحصون) بما يلي:

- تقييم أداء العمليات ذات الصلة، مع التركيز على وجه الخصوص على تكامل العمليات المتميّزة والمتصلة بعضها ببعض والتنسيق فيما بينها
- تقييم الاتصال بين الأنظمة العلمية والأقسام
- تحديد ما يثير القلق في العمليات ذات الصلة

ويشمل نظام الاقتفاء القائم على الأفراد جلسة تفاعلية بين الفاحص والعاملين ذوي الصلة استناداً إلى المعلومات المستقاة من الاقتفاءات الفردية. وتشمل نقاط البحث في الجلسة التفاعلية ما يلي :

- سياق العملية في المستشفى، بما في ذلك تحديد مواطن الخطر وإدارتها، وتكامل الأنشطة الرئيسية، والاتصال بين العاملين/الوحدات المشاركة في العملية
- مواطن القوة في العملية والأعمال الممكنة التي يمكن القيام بها في المجالات التي تحتاج إلى تحسين
- القضايا التي تحتاج إلى مزيد من التقصي في أنشطة الفحص الأخرى
- تقييم الوضع الراهن للامتثال للمعايير الدولية
- التعليم الذي يقدّمه الفاحص عند الاقتضاء

الموضوعات الثلاثة التي تقيّم بواسطة نظام الاقتفاءات القائمة على الأفراد هي استخدام البيانات، والوقاية من العدوى والسيطرة عليها، وتدبير الدواء، على الرغم من أنّ عدد أنظمة الاقتفاءات القائمة على الأفراد يتباين تبعاً لطول مدة الفحص. ويجرى نظام الاقتفاء عن استخدام البيانات القائم على الأفراد دائماً أياً تكن طول مدة الفحص.

استخدام البيانات. يركّز نظام الاقتفاء عن استخدام البيانات القائم على الأفراد على كيفية قيام المستشفى بجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها واستخدامها لتحسين سلامة المريض ورعايته.

الوقاية من العدوى والسيطرة عليها. يستعرض نظام الاقتفاء عن الوقاية من العدوى والسيطرة عليها القائم على الأفراد عمليات الوقاية من العدوى والسيطرة عليها في المستشفى. وترمي هذه الجلسة إلى تقويم امتثال المستشفى لمعايير "الوقاية من العدوى والسيطرة عليها" ذات الصلة، وتحديد مشاكلها التي تتطلّب مزيداً من التقصي، وتحديد الأعمال التي قد تكون ضرورية للتعامل مع الأخطار المحدّدة وتحسين سلامة المرضى.

تدبير الدواء. يستعرض نظام الاقتفاء عن تدبير الدواء القائم على الأفراد عمليات تدبير الدواء في المستشفى، مع التركيز على العمليات الفرعية ومواطن الخطر المحتملة (مثل نقاط التسليم). ويساعد هذا النشاط الفاحص (الفاحصون) في تقييم استمرار تدبير الدواء من حيازة الأدوية إلى مراقبة (انظر المسرد) تأثيراتها على المرضى.

دور العاملين في منهجية الاقتفاء

يطلب من العاملين تزويد الفاحص (الفاحصين) بقائمة للمرضى الخاضعين للعلاج، بما في ذلك أسماء المرضى، وأماكنهم في المستشفى، والتشخيصات عند الاقتضاء. ويمكن أن يطلب الفاحص مساعدة العاملين في المستشفى في انتقاء مرضى الاقتفاء الملائمين. وفيما يتنقّل الفاحص (الفاحصون) في أرجاء المستشفى، يقوم بالتحدّث مع مجموعة منوّعة من العاملين المشاركين رعاية المريض المستقصى أو علاجه أو تقديم الخدمات إليه. ويمكن أن يشمل ذلك المرضى والأطباء والمعالجين ومديري الحالات، والمساعدين والعاملين في الصيدلية والمختبر والموظفين الداعمين. وإذا لم يكن هؤلاء العاملون متوافرين، يطلب الفاحص التحدّث مع العامل الذي يؤدي الوظائف نفسها التي يقوم بها العضو الذي يرعى المريض المستقصى. ومع أنّ من الأفضل التحدّث إلى مقدّم الرعاية مباشرة، فإنّ ذلك ليس إلزامياً لأنّ الأسئلة التي ستطرح يستطيع أي مقدّم رعاية الإجابة عنها في تقديم الرعاية إلى المريض المستقصى.

سياسة اللجنة المشتركة الدولية الخاصة بالأحداث العارضة

الأحداث العارضة

دعماً لمهمة اللجنة المشتركة الدولية في تحسين السلامة وجودة الرعاية الصحية المقدّمة إلى المجتمع الدولي، فإنّها تراجع أنشطة المؤسسات استجابة للأحداث العارضة (sentinel event انظر المسرد أيضاً) في أثناء عملية اعتمادها. ويشمل ذلك كل فحوصات الاعتماد الأولية، وفحوصات الاعتماد كل ثلاث سنوات، والفحوصات المركّزة عند الاقتضاء. ويطبّق ما يلي :

- الحدث العارض هو أي حادث غير متنظر ينطوي على وفاة أو خسارة كبرى دائمة لوظيفة غير متصلة بالمسار العادي لمرض المريض أو حالته

- يمكن أن يقع الحدث العارض نتيجة موقع خاطئ أو إجراء خاطئ أو جراحة خاطئة للمريض
- تسمّى هذه الحوادث عارضة لأنّها تشير إلى الحاجة إلى إجراء تحقيق وردّ فوري
- إنّ مصطلحي "حدث عارض" و"خطأ طبي" ليسا مترادفين ؛ فالأحداث العارضة لا تقع جميعاً بسبب خطأ ولا ينجم عن كل الأخطاء أحداث عارضة

أهداف سياسة الأحداث العارضة

لهذه السياسة أربعة أهداف:

1. أن يكون لها تأثير إيجابي على تحسين رعاية المرضى، وعلاجهم، والخدمات والوقاية من الأحداث العارضة.
2. تركيز الاهتمام على مؤسسة شهدت حدثاً عارضاً وفهم الأسباب الكامنة وراء الحدث، وعلى تغيير أنظمة المستشفى وعملياتها تقليل احتمال مثل هذا الحدث في المستقبل.
3. زيادة المعرفة العامة عن الأحداث العارضة وأسبابها واستراتيجيات الوقاية منها.
4. المحافظة على ثقة الجمهور والمؤسسات المعتمدة دولياً في عملية الاعتماد.

المعيار المتصل بالأحداث العارضة

يحتوي فصل "تحسين الجودة وسلامة المرضى" (QPS) في هذه المطبوعة على المعيار QPS.5 (انظر الصفحة 145) الذي يتصل بإدارة الأحداث العارضة بصورة مباشرة.

تعريف حدث عارض خاص بمؤسسة ما

يتطلّب المعيار QPS.5 من كل مؤسسة معتمدة أن تحدّد ما هي الأحداث غير المنتظرة المهمة وعملية تحليلها المكثّفة. ومع أنّ تحديد ما الذي يشكّل حدثاً مهماً يجب أن يكون متسقاً مع التعريف العام للحدث العارض كما هو موصوف في هذه السياسة، فإنّ للمؤسسات المعتمدة بعض الحرية في وضع بارامترات أكثر تحديداً لتعريف "غير منتظر" و"خسارة كبرى دائمة لوظيفة ما". ويجب أن تدرج المؤسسة على الأقل الأحداث الخاضعة للمراجعة بموجب المعيار QPS.5 وسياسة الأحداث العارضة لدى اللجنة المشتركة الدولية.

الردّ المنتظر من المؤسسة على حدث عارض

ينتظر من المؤسسات المعتمدة أن تحدّد كل الأحداث العارضة (كما تعيّنها المؤسسة انسجاماً مع الفقرة السابقة) التي تقع في المؤسسة أو ترتبط بالخدمات التي تقدّمها وتستجيب لها بالشكل المناسب. وتشمل الاستجابة الملائمة إجراء تحليل وافٍ ومقنع وفي الوقت المناسب للسبب الأساسي (انظر المسرد أيضاً) ؛ ووضع خطة عمل مصمّمة لتنفيذ التحسينات الرامية إلى تقليل المخاطر ؛ وتنفيذ التحسينات ؛ ومراقبة فعّالية تلك التحسينات.

تحليل السبب الأساسي

تحليل السبب الأساسي عملية لتحديد الأساس أو العوامل المسبّبة التي تؤدي إلى التباين (انظر المسرد) في الأداء، بما في ذلك وقوع حدث عارض أو احتمال وقوعه. ويركّز تحليل السبب الأساسي على الأنظمة والعمليات بشكل رئيسي، لا على الأداء الفردي.

خطة العمل

ينجم عن تحليل السبب الأساسي خطة عمل تعتزم المؤسسة تنفيذها لتقليل خطر وقوع أحداث مماثلة في المستقبل. ويجب أن تتعامل الخطة مع المسؤولية عن التنفيذ، والسهو، والاختبارات الدليلية عند الاقتضاء، واستراتيجيات قياس فعّالية الأعمال.

عملية التحليل

عند إجراء فحص اعتماد، تسعى اللجنة المشتركة الدولية إلى تقييم امتثال المؤسسة للمعايير المطبقة وإعطاء درجة لتلك المعايير استناداً إلى أداء المؤسسة مع الوقت (على سبيل المثال، الأشهر الاثنا عشر السابقة لإعادة الفحص كل ثلاث سنوات أو الأشهر الأربعون السابقة للفحص الأولي).

إذا حدّد وجود حدث عارض، في أثناء القيام بأنشطة الفحص المعتاد، يتخذ الفاحص الخطوات التالية:

- يبلغ الرئيس التنفيذي بالحدث الذي تمّ تحديده
- يبلغ الرئيس التنفيذي بأنّه سيرفع تقريراً بالحدث إلى المكتب المركزي للجنة المشتركة الدولية لإجراء مزيد من المراجعة والمتابعة بموجب أحكام سياسة الأحداث العارضة

في أثناء الفحص في الموقع، يقوّم الفاحص (الفاحصون) امتثال المؤسسة للمعايير المتصلة بالأحداث العارضة بالطرق التالية:

- مراجعة عملية الاستجابة للحدث العارض في المؤسسة
- مقابلة المسؤولين عن المؤسسة وموظفيها بشأن توقّعاتهم ومسؤولياتهم عن تحديد الأحداث العارضة والإبلاغ عنها والاستجابة لها
- السؤال عن مثال عن تحليل لسبب أساسي أجري في السنوات الثلاث الماضية لتقويم كفاية عملية الاستجابة للحدث العارض في المؤسسة
- مراجعة أمثلة إضافية إذا لزم ذلك للوقوف بشكل أكمل على فهم المؤسسة لتحليل السبب الأساسي وقدرتها على ذلك. وعند انتقاء المثال، يمكن أن تختار المؤسسة "حالة مغلقة" لعرض استجابتها إلى حدث عارض

كيف تعلم اللجنة المشتركة الدولية بوقوع حدث عارض

يحث كل مستشفى، لكن لا يطلب منه ذلك، على إبلاغ اللجنة المشتركة الدولية عن أي حدث عارض يفي بالمعايير المذكورة أعلاه للأحداث العارضة التي يمكن مراجعتها. ويمكن بدلاً من ذلك أن تعلم اللجنة بالحدث العارض بوسيلة أخرى مثل اتصال من مريض، أو أحد أفراد عائلته، أو عامل في المستشفى، أو فاحص، أو عبر وسائل الإعلام.

أسباب تبليغ اللجنة المشتركة الدولية عن الأحداث العارضة

على الرغم من أنّ إبلاغ المؤسسة بنفسها عن الأحداث العارضة غير مطلوب ومن عدم حصول أي اختلاف في الاستجابة المتوقّعة، أو الأطر الزمنية، أو مراجعة الإجراءات، سواء بلّغ المستشفى عن الحادثة طوعاً أم علمت اللجنة المشتركة الدولية بها بوسيلة أخرى، فإنّ هناك ميزتين رئيسيتين للمستشفى الذي يبلّغ بنفسه عن وقوع حدث عارض:

- التبليغ المبكّر يقدّم فرصة للتشاور مع العاملين في المكتب المركزي للجنة المشتركة الدولية في أثناء تطوّر تحليل السبب الأساسي وخطة العمل.
- رسالة المؤسسة إلى الجمهور بأنّها تفعل كل ما هو ممكن لضمان عدم وقوع حادث ثانٍ تزداد قوة باعترافها وتعاونها مع اللجنة لفهم كيفية وقوع الحادث وما الذي يمكن عمله لتقليل خطر مثل هذا الحدث في المستقبل.

الأحداث العارضة التي تراجع

يأخذ تعريف الحادث العارض الذي تراجع في الحسبان مجموعة واسعة من الوقائع التي تنطبق على مجموعة متنوعة وواسعة من مؤسسات الرعاية الصحية. ويمكن أن تنطبق هذه الوقائع على مستشفى معيّن. وهكذا يمكن أن تنطبق إحدى الوقائع التالية على مستشفاك. تخضع الحوادث العارضة التالية لمراجعة اللجنة المشتركة الدولية وتشمل أي واقعة تفي بالمعيارين التاليين:

- أن ينجم عن الحادثة موت غير متوقّع أو خسارة كبرى دائمة لوظيفة ما
- أن ينجم الحدث عن موقع خاطئ أو مريض غير مقصود، أو إجراء جراحي خاطئ

الاستجابة المطلوبة للأحداث العابرة التي يمكن معاينتها

إذا علمت اللجنة المشتركة الدولية (إما بالتبليغ الشخصي الطوعي وإما بخلاف ذلك) عن حدث عابر يلبي المعيارين أعلاه ووقع الحادث في مؤسسة معتمدة، ينتظر من المؤسسة أن تقوم بما يلي:

- إعداد خطة عمل شاملة ومقنعة خلال 45 يوماً من الحدث أو معرفة وقوعه.
- تقديم تحليل السبب الأساسي وخطة العمل إلى اللجنة المشتركة الدولية، أو إجراء الترتيب اللازم لكي تقيّم اللجنة استجابتها للحادث العارض.

مراجعة تحليل السبب الأساسي وخطة العمل

يعتبر تحليل السبب الأساسي مقبولاً إذا كان يتمتّع بالخصائص التالية :

- يركّز التحليل على الأنظمة والعمليات أساساً، لا على أداء الأفراد
- التحليل ابتداء من الأسباب المحدّدة في عملية الرعاية الصحية إلى الأسباب المشتركة في العملية التنظيمية
- تعمّق التحليل في البحث بشكل متكرّر
- يحدّد التحليل التغيّرات التي يمكن إدخالها على الأنظمة والعمليات (إما من خلال إعادة التصميم وإما تطوير أنظمة أو عمليات جديدة) لتقليل خطر وقوع مثل هذه الحوادث في المستقبل.

تنظر اللجنة المشتركة الدولية في كل تحاليل الأسباب الأساسية وخطط العمل وتتعامل معها بسرية.

أنشطة المتابعة

بعد أن تحدّد اللجنة المشتركة الدولية أنّ مؤسسة ما أجرت تحليلاً مقبولاً للسبب الأساسي ووضعت خطة عمل مقبولة، تبلغ اللجنة المؤسسة بأنّ تحليل السبب الأساسي وخطة العمل مقبولين وتعيّن نشاط متابعة ملائم، تقريراً مرحلياً خطياً عادة خلال أربعة أشهر.

تطبيق سياسة الحوادث العارضة

إذا كانت مؤسسة ما ترغب في الإبلاغ عن واقعة في المجموعة الفرعية للحوادث العارضة التي تخضع للمعاينة من قبل اللجنة المشتركة الدولية، فبإمكانها أن تقدّم التقرير إلى المكتب المركزي للجنة بالبريد أو البريد الإلكتروني أو بالفاكس. وإذا عرفت اللجنة بوقوع حادث عارض يخضع للمعاينة بموجب سياسة الأحداث العارضة ولم تبلّغ عنه المؤسسة، يتمّ الاتصال بالرئيس التنفيذي للمؤسسة، ويجرى تقويم أولي للحادث العارض. ولن يتمّ في أغلب الحالات مراجعة حادث وقع قبل أكثر من عام على معرفة اللجنة به بموجب سياسة الحوادث العارضة. وفي مثل هذه الحالة يطلب ردّ خطي من المؤسسة، بما في ذلك موجز عن العمليات التي نفّذت للوقاية من حوادث مماثلة.

واستناداً إلى الوقائع المتوافرة المستلمة عن الحادث، يطبّق العاملون في اللجنة المشتركة الدولية التعريف أعلاه لتحديد هل الحدث قابل للمراجعة بموجب سياسة الحوادث العارضة. وتحلّ التحديات التي تواجه تحديد إذا كان حادث ما قابل للمعاينة عبر استشارة المدير التنفيذي للجنة المشتركة الدولية وكبير المسؤولين الطبيين في اللجنة.

المراجعة الأولية للحادث العارض في الموقع

لا تجرى عادة مراجعة أولية لحادث عارض ما لم يحدّد أنّ هناك تهديداً مباشراً متواصلاً لسلامة المرضى وصحّتهم أو احتمال عدم امتثال كبير لمعايير اللجنة المشتركة الدولية. وتشمل الأحداث التي تهدّد الحياة مباشرة أوضاعاً يتسبّب فيها عدم الامتثال لمعيار واحد أو أكثر، أو من المرجّح أن يتسبّب، بخسارة كبرى دائمة لوظيفة ما، أو عجز، أو وفاة لمريض ما ومن المرجّح أن تتواصل. وتعطى هذه الأولوية للشكاوى إذا كانت المعلومات تشير إلى أنّ العمل التصحيحي الفوري ضروري. ويحال كل ذلك إلى القيادة التنفيذية للجنة المشتركة الدولية للتكليف بإجراء فحص مركّز. وإذا أجري فحص مركّز، تتحمّل المؤسسة التكاليف الملائمة استناداً إلى جدول قائم للرسوم لتغطية مصاريف إجراء مثل هذا الفحص.

المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها

إذا تلقّت اللجنة المشتركة الدولية استفهاماً عن قرار اعتماد مؤسسة شهدت حادثاً عارضاً يستوجب المعاينة، يبلّغ قرار اعتماد المؤسسة بالطريقة المعتادة دون الإشارة إلى الحادث العارض. وإذا أشار المستفهم إلى حادث عارض محدّد، تقرّ اللجنة بأنّها على علم بالحادث وأنّها تعمل حالياً أو عملت مع المؤسسة في عملية معاينة الحادث العارض.

المعلومات المتاحة للجمهور عن وضعية الاعتماد

إنّ اللجنة المشتركة الدولية ملزمة بتوفير المعلومات ذات الصلة والدقيقة عن المؤسسات التي جرى فحصها. ولا تساعد المعلومات عن أداء المؤسسة مقدّم الخدمة في تحسين خدماته فحسب، بل تساعد أيضاً في تثقيف مستخدمي المؤسسة. ويمكن أن تكون مثل هذه المعلومات مفيدة أيضاً للمرضى ودافعي التكاليف في اختيار مقدّمي الرعاية الصحية بناء على المعلومات.

بيد أنّ من المهم المحافظة على سرية بعض المعلومات لتشجيع الانفتاح في عملية الاعتماد. ويسهّل هذا الانفتاح تحسين جودة الرعاية الصحية لفائدة الجمهور. انظر القسم الخاص بالسرية في هذا الفصل (الصفحة 15) للاطلاع على المعلومات المحدّدة عن هذه القضية.

عرض شهادة الاعتماد واستعمالها

تقدّم اللجنة المشتركة الدولية إلى كل مؤسسة شهادة اعتماد عند الاعتماد الأولي وعند تجديد الاعتماد. وليست هناك رسوم مقابل الشهادة. ويمكن شراء نسخ إضافية من الشهادة بالاتصال باللجنة المشتركة الدولية.

وتبقى الشهادة وكل النسخ ملكاً للجنة المشتركة الدولية. ويجب إعادتها إذا

- منحت المؤسسة شهادة جديدة عكس تغيّر الاسم
- سحب اعتماد المؤسسة أو رفضه لأي سبب من الأسباب

على المؤسسة المعتمدة من قبل اللجنة المشتركة الدولية أن تكون دقيقة في تقديم واف للجمهور عن طبيعة شهادة الاعتماد ومعناها. لذا يجب على المؤسسة ألا تسيء عرض وقائع وضعية اعتمادها أو المنشآت والخدمات التي تنطبق عليها شهادة الاعتماد. وتزوّد اللجنة كل مؤسسة حاصلة على الاعتماد بالتوجيهات الملائمة للإعلان عن شهادة الاعتماد.

الإبلاغ عن المتطلّبات بين الفحوصات

لا يحوّل الاعتماد بصورة تلقائية أو يتواصل إذا طرأت تغيّرات مهمّة على المؤسسة. فقد تحتّم مثل هذه التغيرات إجراء فحص كامل أو مركّز إذا طرأ على المؤسسة ما يلي:

- أنشأت خدمة أو برنامجاً جديداً تحدّد له اللجنة المشتركة الدولية معايير
- تغيّرت ملكيّتها وحدث عدد كبير من التغيّرات في العاملين الإداريين أو السريريين أو السياسات والإجراءات التشغيلية
- عرضت 25 بالمئة من خدماتها على الأقل في موقع جديد أو منشأة أدخلت عليها تغيرات مادية كبيرة
- وسّعت قدرتها على تقديم الخدمات، أو استخدام خدماتها، بنحو 25 بالمئة أو أكثر كما تقاس بالأسرّة، أو زيارات المرضى، أو عدد المعدّات، أو قياسات أخرى ذات صلة
- قلّصت قدرتها على تقديم الخدمات، أو استخدام خدماتها، بنحو 25 بالمئة أو أكثر كما تقاس بالأسرّة، أو زيارات المرضى، أو عدد المعدّات، أو قياسات أخرى ذات صلة
- طوّرت مستوى أكثر تركيزاً من الخدمة (على سبيل المثال، من إعادة التأهيل القلبي للمرضى الخارجيين إلى طب القلب التشخيصي الجراحي (انظر المسرد أيضاً) للمرضى في المستشفى)
- اندمجت مع موقع أو خدمة أو برنامج غير معتمد تحدّد له اللجنة المشتركة الدولية معايير أو عزّزته أو حازته

عندما تطرأ أي من هذه التغيّرات، على المؤسسة أن تبلّغ اللجنة المشتركة الدولية خطياً خلال 30 يوماً على الأكثر من حدوث مثل هذا التغير. وقد يؤدي عدم إبلاغ اللجنة في الوقت المناسب عن هذه التغيرات إلى فقدان الاعتماد.

إذا اشتريت مؤسسة معتمدة من قبل مؤسسة أخرى أو اندمجت مادياً أو تنظيمياً مع مؤسسة أخرى، فقد تقرّر اللجنة المشتركة الدولية وجوب إعادة فحص المؤسسة المسؤولة عن تقديم الخدمات السريرية أو إجراء فحص أولي لها، إذا لم تكن معتمدة مسبقاً. وستواصل اللجنة اعتماد المؤسسة التي تشهد التغيّرات المذكورة أعلاه، إلا في ظروف استثنائية، إلى أن تحدّد إذا كان فحص الاعتماد الكامل أو المركّز ضرورياً.

جدول التغييرات

يفصّل الجدول التالي التغيرات المهمة الموجودة في هذه الطبعة الثالثة
من معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات
مقارنة بالطبعة الثانية التي صدرت في سنة 2003

الفصل	التغير(ات) المهم(ة)
تصدير	جديد
سياسات اعتماد اللجنة المشتركة الدولية	أضيفت سياسات جديدة تتعلّق بما يلي : عملية اتخاذ قرار الاعتماد • استئناف قرارات الاعتماد • الفحوص المركّزة • فحوص التحقّق • منهجية الاقتفاءات • الأحداث العارضة • هيكل رسوم الاعتماد
الأهداف الدولية لسلامة المرضى	فصل جديد يضمّ ستة أهداف دولية لسلامة المرضى ، ومتطلّباتها ، وبيانات نواياها ، والعناصر المقيسة
الحصول على الرعاية واستمرارها (ACC)	المصطلحات في هذا الفصل (وفي الفصول الأخرى) موضّحة للتمييز بين "إدخال مريض داخلي" و"تسجيل مريض خارجي". ويستخدم الآن مصطلح "مريض خارجي" أيضاً مكان المريض "السائر".
	ACC.1 – مطلب جديد يتعلّق بإبلاغ المرضى متى سيوضعون على "لائحة الانتظار" ؛ وتجرى توضيحات الاختبارات التي تعتبر "تقصياً" مقابل "التشخيص" بالجمع بين مقياسين في هذا المقياس المراجع.
	ACC.1.4 – يتعلّق بالإدخال إلى الوحدات أو التحويل إليها أو بينها ، ومقاييس أخرى تشير إلى استخدام "المعايير" ، وهو يتطلّب الآن أن تكون مثل هذه المعايير ذات "أساس فيزيولوجي".
	ACC.3 – يتعلّق بإخراج المريض أو تحويله ، ويتطلّب الآن "سياسة" بدلاً من "عملية" لدعم التحويل أو الإخراج ؛ ويتطلّب الآن سياسة أو إجراء عندما يسمح للمرضى الداخليين بمغادرة المستشفى لمدة من الوقت ، مثل المغادرة في عطلة نهاية الأسبوع.
	ACC.3.2 – يتطلّب الآن تقديم نسخة عن موجز إخراج المريض إلى الطبيب المسؤول عن مواصلة رعاية المريض أو متابعته.
	أضيفت مقاييس متعلّقة "بالنقل". **ACC.5** – ينطبق على كل المؤسسات. **ACC.6** و**ACC.6.1** – لا ينطبق إلا على المؤسسات التي تمتلك خدمة للنقل الطبي وتشغلّها.
	نقلت خمسة مقاييس تتناول جوانب الاتصالات من هذا الفصل إلى فصل الاتصالات والمعلومات الذي جرت مراجعته.
حقوق المرضى والعائلة (PFR)	**PFR.1.1.1** – وسّع ليشمل عملية تلبي مطلب المريض خدمات رعوية من دين لا يعترف به البلد.
	PFR.2.1 – تمّ توضيح بيان النية لتسهيل عملية احترام احتياجات المريض إلى الخصوصية.
	PFR.1.6 – عدّل لجعل إبلاغ المرضى عن سرية المعلومات صريحة ، بما في ذلك متى ستصدر المعلومات ومتى يسمح المريض بإصدار المعلومات ؛ وأضيف حصول المريض على المعلومات الصحية الخاصة به إلى MCI.10.
	PFR.2.4 – نقّح للإقرار بالتأثيرات الشخصية والثقافية والاجتماعية بشأن كيفية إبلاغ المرضى عن الألم وتدبيرهم له.
	PFR.6.3 – جعلت الموافقة العامة على الرعاية أو العلاج أمراً اختيارياً لكل مؤسسة.
	PFR.6.4 – يطلب الآن أيضاً الموافقة الرشيدة (المستندة إلى المعلومات) على التخدير بالنسبة إلى التركين المعتدل والعميق.
	PFR.7 حتى **PFR.9** – نقلت المقاييس التي تتعلّق بالبحوث إلى قسم منفصل.
	PFR.6.10 و**PFR.11** – نقلت المقاييس المتعلقة بوهب الأعضاء إلى قسم منفصل ووسّعت لتشمل الغرس وعمليات وهب الأعضاء ، بالإضافة إلى الحاجة إلى تثقيف العاملين بشأن القضايا القانونية والأخلاقية المتعلّقة بوهب الأعضاء وغرسها.

نقلت المقاييس المتعلّقة بأخلاق المؤسسة إلى فصل الحاكمية والقيادة والتوجيه (GLD) تحت المقاييس GLD.6 إلى GLD.6.2.	
نقل معياران يتناولان أوجه الاتصال من هذا الفصل إلى فصل إدارة الاتصالات والمعلومات (MCI) المنقّح.	
AOP.1 و**AOP.1.1** – جرى توضيح لتميز عملية تقييم المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين.	**تقييم المرضى (AOP)**
نقل استخدام توجيهات الممارسات السريرية (AOP.1.2 سابقاً) إلى فصل الجودة وسلامة المرضى (QPS) تحت QPS.2.1.	
AOP.1.4.1 – يتطلّب الآن إكمال التقييم التمريضي للمرضى الداخليين خلال 24 ساعة من الدخول ؛ وتوضّح عملية تحديث التقييمات الطبية الأولية التي ترجع إلى أكثر من 30 يوماً أو تكرارها في AOP.1.4 وAOP1.4.1.	
AOP.1.5 – يقرّ بأنّ التقييم الأولي للمرضى يمكن أن يوجد في أماكن غير سجل المريض، ما دامت هذه الأماكن معيارية ويمكن وصول كل مقدّمي الرعاية إلى التقييمات بسهولة.	
AOP.1.7 – يشمل الآن النساء في حالة المخاض، والمرضى ذوي الاضطرابات العاطفية أو النفسانية، من بين "المرضى الخاصين" الذين قد يتطلّبون تقييمات فردية.	
AOP.1.8.1 – وضع تقييم الحاجة إلى التخطيط للخروج في هذا المقياس المنفصل.	
نقل تقصّي الألم وتقييمه (عند إيجاده) من فصل رعاية المرضى (COP) إلى AOP.1.8.2، إلى جانب أنواع أخرى من التقييمات.	
AOP.2 – يحدّد الآن بوضوح أكبر الظروف التي يمكن أن يجري فيها الأطباء التقييم بوتيرة أقل من يومية.	
AOP.4 و**AOP.4.1** – نقلت عملية دمج كل التقييمات الخاصة بالمريض من نهاية الفصل إلى هذه المقاييس	
AOP.5.3 و**AOP.5.9** – تتناول الآن اختبار نقطة الرعاية كجزء من مسؤوليات مدير المختبر.	
AOP.5.10.1 – وضّحت للإشارة إلى أنّ اختبارات المختبرات "الخاصة" فقط، لا كل الاختبارات تدخل في عملية اختبار الكفاءة.	
AOP.6.2 – وسّع ليضمّ علم الأورام الإشعاعي ومختبر القثطرة القلبية في برنامج السلامة الإشعاعية للمؤسسة.	
AOP.6.3 – وسّع لضمان تدخّل الأفراد المؤهّلين في أداء الاختبارات وتفسيرها والإفادة عنها.	
نقلت مقاييس التخدير والجراحة إلى فصل جديد، التخدير والرعاية الجراحية (ASC) ؛ ونقلت مقاييس المداواة إلى فصل جديد، تدبير الدواء واستخدامه (MMU) (انظر أدناه للاطلاع على التغيرات التي أدخلت على هذين المقياسين).	**رعاية المرضى (COP)**
COP.1 – وضّح مفهوم "الرعاية المنتظمة" للتشديد على أن تكون الرعاية منتظمة في كل النوبات في كل يوم من أيام الأسبوع.	
COP.2.1 – جرت تقوية التخطيط للرعاية ليشمل: من المسؤول عن التخطيط ؛ وإضفاء الطابع الفردي على التخطيط استناداً إلى تقييمات المريض ؛ وكتابة الخطة في سجل المريض في أول 24 ساعة ؛ وتحديثها أو تنقيحها عند الاقتضاء.	
COP.2.2 – يتطلّب الآن أن تحدّد سياسة ما الاختبارات التشخيصية التي تدخل في الدليل/المبرّر السريري المدرج في طلب الاختبار	
COP.2.3 – يتعلّق بتوثيق الإجراءات في سجل المريض، وقد وضّح للإشارة إلى أنواع "الإجراءات" التي ينطبق عليها المقياس، وهو يلحظ أنّ توثيق الإجراءات الجراحية قد انتقل إلى فصل التخدير والرعاية الجراحية (ASC).	
COP.2.4 – معيار جديد يتطلّب إبلاغ المرضى بنتائج الرعاية، بما في ذلك النتائج غير المتوقّعة.	
جمعت المقاييس المتعلّقة بتوجيهات الممارسة السريرية والمسارات السريرية (**COP.3** و**COP.4** سابقاً) ونقلت إلى فصل الجودة وسلامة المرضى (QPS) تحت **QPS.2.1**.	
COP.3.8 – يضمّ الآن "الأطفال والسكان المعرّضين لخطر إساءة المعاملة".	

	COP.3.9 – معيار جديد يتطلّب سياسات وإجراءات لتوجيه رعاية المرضى الذين يتلقّون معالجة كيميائية أو مداواة أخرى عالية المخاطر.
	COP.3.1 إلى **COP.3.9** – تتطلّب الآن عناصر محدّدة تدخل في السياسات والإجراءات التي توجّه رعاية المرضى المعرضين لخطر عالٍ أو تقديم الخدمات عالية المخاطر.
	نقل المقياس الذي يتطلّب سياسات وإجراءات متعلّقة بالتركين المعتدل أو العميق (**COP.5.9 سابقاً**) إلى فصل التخدير والرعاية الجراحية (ASC) تحت **ASC.3**.
	وسّع المقياس المتعلّق بمعدّات التخدير وإمداداته (**COP.9 سابقاً**) ليشمل كل المعدات والإمدادات داخل المؤسسة وأدخل في فصل الحاكمية والقيادة والتوجيه تحت **GLD.3.2.1**.
	COP.3.4 إلى **COP.5**– نسخ مجموعة ومبسّطة عما كان في السابق مقاييس المعالجة بالغذاء والتغذية.
	COP.6 إلى **COP.7.2** – نسخ مجموعة ومبسّطة عما كان في السابق مقاييس تدبير الألم والرعاية في آخر الحياة.
التخدير والرعاية الجراحية (ASC)	يمثّل هذا الفصل الجديد مقاييس رعاية التخدير أساساً (**COP.6** إلى **COP.9 سابقاً**) ومقاييس الرعاية الجراحية (**COP.10** إلى **COP.10.4 سابقاً**) من فصل رعاية المرضى (COP). وقد روجعت هذه المقاييس وأضيفت إليها مقاييس جديدة. وتحتوي المقدّمة على بيان جديد عن "قابلية التطبيق".
	ASC.1 و**ASC.2** – مقياسان جديدان يتعلّقان بالمؤسسة بأكملها وتدبير خدمات التخدير.
	ASC.3 – يحدّد الآن، بالنسبة إلى الرعاية التركينية المعتدلة والعميقة، عناصر السياسات والإجراءات الملائمة للرعاية التركينية، ويحدّد من الذي يشارك تطوير هذه السياسات والإجراءات، ويتطلّب تقييماً قبل التركين، ويحدّد مؤهّلات الممارسين الذين يقدّمون رعاية التركين المعتدل والعميق، بالإضافة إلى عملية المراقبة.
	ASC.4 – جمع تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل بدئه في هذا المقياس.
	ASC.6 – نقّح للإشارة إلى أنّ الإخراج من مكان الإنعاش بعد التخدير يمكن أن يجريه شخص مؤهّل أو باتباع المعايير القائمة.
	ASC.7.2 – عدّل للإشارة إلى وجوب وجود تقرير جراحي أو ملاحظة جراحية موجزة في سجلّ المريض قبل خروجه من مكان الإنعاش بعد التخدير.
تدبير الدواء واستخدامه (MMU)	يمثّل هذا الفصل الجديد مقاييس استخدام الأدوية أساساً (COP.11 إلى COP.6.3) من فصل رعاية المرضى (COP). وقد نقّحت هذه المقاييس، وأضيفت إليها مقاييس جديدة ونظّمت المقاييس حول العمليات الأولية لتدبير المداواة بسلام، بما في ذلك: • التنظيم والتدبير • الاختيار والشراء • التخزين • إصدار التعليمات وتدوينها • الإعداد والصرف • الإدارة • المراقبة وتحتوي معظم المقاييس وبيانات النوايا والعناصر المقيسة على متطلّبات أكثر تحديداً الآن.
	MMU.1 – يضمّ متطلّبات جديدة لما يلي: • خطة أو سياسة تتعلّق بكيفية تنظيم استخدام الدواء • الاستخدام بموجب السياسة في المؤسسة بأكملها • إجراء مراجعة موثّقة لنظام تدبير الدواء كل 12 شهراً على الأقل • التثبّت من توافر مصادر المعلومات عن الأدوية

	MMU.2.1 – يحتوي على توقّعات جديدة أكثر تحديداً تتعلّق بلائحة الأدوية، بما في ذلك مراقبة استجابة المريض للأدوية المضافة إلى اللائحة ومراجعة سنوية للائحة استناداً إلى معلومات عن السلامة والتأثير
	MMU.3 – يحتوي على توقّعات جديدة أكثر تحديداً تتعلّق بتخزين الأدوية، بما في ذلك تخزين الكهارل المركّزة.
	MMU. 3.1 – نقّح ليتطلّب سياسات وإجراءات تتعلّق بتخزين عدة أنواع من الأدوية وتخزين المنتجات التغذوية التي تعطى زرقاً.
	MMU.4.1 – مقياس جديد يصف العناصر المطلوبة لاستكمال الطلب أو الوصف.
	MMU.5.1 – يضع متطلّبات جديدة وصريحة لمراجعة ملاءمة وصف الدواء أو طلبه.
	MMU.6.1 – يضع توقّعات جديدة لعملية التثبّت من الدواء قبل إعطائه.
تثقيف المريض وعائلته (PFE)	فصل تقييم الاحتياجات التثقيفية للمريض (**PFE.1.1** سابقاً) إلى مقياسين: **PFE.2**، وهو يركّز على تحديد ما هي المعلومات التي يجب تعلّمها، و**PFE.2.1**، وهو يركّز على فهم قدرة المريض وعائلته على التعلّم واستعدادهما ("الاستعداد" سابقاً) له.
	PFE.3 – يضمّ الآن توقّعات جديدة بشأن كيفية استخدام موارد المجتمع لتلبية حاجات تثقيف المريض.
	PFE.4 – أضيف تدبير الألم إلى لائحة الموضوعات الخاصة بتثقيف المريض.
	PFE.6 – يضمّ الآن مؤهّلات أكثر تحديداً لمن يعمل على تثقيف المرضى.
تحسين الجودة وسلامة المرضى (QPS)	**QPS.1** إلى **QPS.1.5** – أعيد تنظيمها ونقّحت ببيانات نوايا منفصلة لزيادة توقّعات القيادة والحاكمية للتخطيط للجودة والإشراف.
	QPS.1 – نقّح ليضمّ المشاركة في وضع خطة للجودة وسلامة المرضى والإبلاغ عن التقدّم في الوفاء بتلك الخطة إلى حاكمية المؤسسة.
	QPS.1.1 – نقّح بتوقّعات جديدة تتعلّق بالتفكير في النظام وتنسيق كل عناصر الجودة والسلامة ضمن المؤسسة.
	QPS.1.2 – يضع توقعات جديدة لدور القادة في تحديد الأولويات بما في ذلك تنفيذ الأهداف الدولية لسلامة المرضى.
	QPS.2.1 – يضع متطلّبات واضحة لعملية تبنّي توجيهات الممارسة السريرية الأخلاقية والمسارات السريرية أو تكييفها، ويتطلّب الآن اعتماد توجيه أو مسار واحد على الأقل أو تكييفه كل 12 شهراً.
	QPS.3 – يضع توقّعات جديدة يعتبرها القادة "علماً" و"دليلاً" عند انتقاء أجهزة مراقبة الجودة السريرية والإدارية ذات الأولوية، وأنّ المراقبة جزء من برنامج الجودة وسلامة المرضى في المؤسسة، وأنّ نتائج المراقبة تبلّغ إلى آلية الإشراف وإلى القادة والحاكمية بشكل دوري.
	نقّحت أجهزة المراقبة السريرية لفصل أجهزة مراقبة المختبر السريري (**QPS.3.2**) وعلم الأشعة (**QPS.3.3**)، وفصل أخطاء الأدوية وما يقرب منها (**QPS.3.6**) عن مراقبة الأدوية والمضادّات الحيوية (**QPS.3.5**). ويضمّ **QPS.3.7** الآن مراقبة التخدير والتركين.
	QPS.4 – نقّح ليطلب استخدام الأدوات والأساليب الإحصائية في عملية تحليل البيانات.
	QPS.5 – يحدّد الآن توقّعات جديدة لتعيين الأحداث العارضة وتدبيرها. ويتطلّب هذا المقياس الآن إدخال ثلاثة أحداث في تحديد المؤسسة للحدث العارض: إجراء تحليل للسبب الأساسي في كل حادث يفي بالتعريف، وإجراء عملية تحليل في الوقت المناسب، وتقديم الدليل على أنّ قادة المؤسسة اتخذوا إجراء بشأن نتائج تحليل السبب الأساسي.
	QPS.6 – مقياس جديد يضع توقّعات لكيفية تحليل الأحداث المعاكسة والاتجاهات غير المرغوب فيها. ولا تتطلّب عملية تحليل هذه الأحداث والاتجاهات تحليلاً للسبب الأساسي.
	QPS.7 – مقياس جديد يحدّد التوقّعات لكيفية تحديد الأحداث القريبة من الخطأ والإبلاغ عنها وتحليلها.
	QPS.10 – مقياس جديد يضع توقّعات للأنشطة المبادرة إلى تقليل المخاطر، على أن يجرى تمرين واحد على الأقل لتقليل المخاطر سنوياً.

الوقاية والسيطرة على العدوى (PCI)	أعيد تنظيم هذا الفصل إلى حد كبير وأضيفت إليه توقّعات جديدة. وقد حل مصطلح "مرتبط بالرعاية الصحية" محلّ "استشفائي" في كل الفصل.
	PCI.1 – ينقل القيادة والتنسيق إلى مقدّمة الفصل ويضع توقّعاً جديداً بأن يكون للأفراد الذين يشرفون على البرنامج تكليفات ومسؤوليات واضحة.
	PCI.2 – عزّز فيما يتعلّق بتنسيق برنامج السيطرة على العدوى من قبل مجموعة وإشراك خبراء السيطرة على العدوى.
	PCI.3 – عزّز بإضافة توجيهات منظمة الصحة العالمية وغيرها من المصادر المرجعية إلى القاعدة العلمية للبرنامج.
	PCI.4 – مقياس جديد يضع التوقّعات لكيفية تقديم قادة المؤسسة الموارد الكافية لدعم برنامج السيطرة على العدوى بما في ذلك أنظمة إدارة العاملين والمعلومات.
	PCI.5 – نقّح إلى حدّ كبير لوضع توقّع لبرنامج شامل (منسّق سابقاً) يضم المبادرة إلى الرقابة، والتحقيق في الاندلاع، والسياسات الملائمة، وأهداف تقليل المخاطر التي تراجع بانتظام.
	PCI.6 – نقّح لإضافة أمراض وعضويات مهمة من الناحية الوبائية، بالإضافة إلى العدوى البارزة أو التي عاودت البروز، إلى لائحة المجالات المهمة التي يتركّز عليها البرنامج.
	أنشئت عدة مقاييس جديدة من المقياس السابق PCI.3 بما في ذلك:
	PCI.7 – يتعلّق بالتحديد الإجمالي للإجراءات والعمليات المرتبطة بالمخاطر.
	PCI.7.1 – يتعلّق بالتنظيف والتعقيم الكافي للمعدّات بما في ذلك المتطلّبات الجديدة لاستخدام الأجهزة التي تستخدم مرة واحدة ثانية. **PCI.7.2** – يتعلّق بالتخلّص من النفايات بشكل صحيح. **PCI.7.3** – يتعلّق بالتخلّص من الأدوات الحادّة والإبر. **PCI.7.4** – يتعلّق بخدمة الغذاء والضوابط الميكانيكية والهندسية. **PCI.7.5** – يتعلّق بإنشاء المرافق وتجديدها.
	PCI.8 – مقياس جديد يحدّد متطلّبات إجراءات العزل.
	PCI.9 – يتطلّب الآن اعتماد توجيهات حفظ الصحة من مصدر مرجعي.
	PCI.10 – يتطلّب الآن أن تكون قيادة برنامج السيطرة على العدوى جزءاً من آلية إشراف المؤسسة على الجودة وسلامة المرضى.
	PCI.10.4 – يتطلّب الآن مقارنة معدّلات السيطرة على العدوى بالممارسات الفضلى والدليل العلمي.
	PCI.10.5 – يتطلّب الآن العمل على التقارير الصادرة عن هيئات الصحة العامة المعنية بالعدوى.
	PCI.11 – يتطلّب الآن من المؤسسات أن تشجّع المرضى والعائلات على المشاركة في برنامج السيطرة على العدوى
الحاكمية والقيادة والتوجيه (GLD)	**GLD.1** – يتطلّب الآن تقييم أداء الهيئة الحاكمة والإدارة العليا.
	GLD.1.1 – يتطلّب الآن من المسؤولين عن الحاكمية إجراء مراجعة دورية لرسالة المؤسسة وإذاعتها على الملأ.
	GLD.1.2 – يتطلّب الآن سياسات وإجراءات تتعلّق بأي تفويض لسلطة الموافقة.
	GLD.1.4 – يتطلّب الآن أن تراجع الحاكمية أداء الإدارة العليا.
	GLD.1.5 – يتطلّب الآن عمليات تدعم التعاون بين الحاكمية والإدارة.
	GLD.1.6 – معيار جديد يتطلّب من المسؤولين عن الحاكمية
	GLD.3.1 – يتطلّب الآن أن يسعى قادة المؤسسة إلى الحصول على مدخلات المجتمع في التخطيط وإلزام المؤسسة بالمشاركة في تثقيف عن تعزيز الصحة والوقاية من المرض.
	GLD.3.2 – يتطلّب الآن أن يكون لدى القادة السريريين للمؤسسة آلية لمراجعة الرعاية التي تعتبر تجريبية والموافقة عليها.
	GLD.3.2.1 – يتطلّب الآن استخدام المعدّات والإمدادات الموصى بها فقط.

GLD.3.3 – يتطلّب الآن من مديري الدوائر تسلّم تقارير عن جودة الهيئات المتعاقد معها والتصرّف بناء عليها. ويتطلّب هذا المعيار أيضاً عندما يقدّم الممارسون المستقلّون الخدمات خارج المؤسسة، مثل الطبّ البعادي وعلم الأشعة البعادي، أن يتمتّعوا بميزة تقديم الخدمات.	
GLD.5.1 – لم يعد يعيّن المحتوى المحدّد لخطة الدائرة للخدمات؛ وإنّما تستخدم صيغة منتظمة كما تحدّد المؤسسة.	
GLD.5.2 – يتطلّب الآن من مديري الدوائر أن يكون لديهم آلية للاستجابة إلى نقص الموارد.	
نقلت المقاييس المتعلّقة بأخلاق المؤسسة من حقوق المريض وعائلته (PFR) إلى GLD.6 إلى GLD.6.2.	
GLD.6.2 – مقياس جديد يتطلّب أن يدعم الهيكل الأخلاقي للمؤسسة اتخاذ القرار في الرعاية السريرية	
أعيد تنظيم هذا الفصل. فبعد مقياس تمهيدي عن القيادة والتخطيط (FMS.1)، تتبع أقسام الفصل مجالات التخطيط الستة التالية: • السلامة والأمن • الموادّ الخطيرة • إدارة الطوارئ • السلامة من الحريق • المعدّات الطبية • أنظمة الخدمات العامّة	**إدارة المنشأة والسلامة (FMS)**
FMS.2 – مقياس جديد يتطلّب أن تكون هناك خطط مكتوبة تغطي المجالات الستة كافة وأن تكون حديثة، وأن تنفّذ بالكامل وتحدّث سنوياً على الأقل.	
FMS.3 – يتطلّب أن تتلقّى الهيئة الحاكمة للمستشفى تقريراً عن فعّالية برنامج الإدارة البيئية وتضمن التنظيم والإدارة المتسقين والمتواصلين للبرنامج.	
FMS.5 – يتطلّب الآن أن يتسلّم المستشفى لائحة بالمواد الخطيرة التي يستخدمها وأن يتخلّص من النفايات بطريقة صحيحة وقانونية.	
FMS.6 و**FMS.6.1** – نقّحا ليتطلّبا من المؤسسة تحديد الكوارث الداخلية والخارجية المحتملة والأحداث الوبائية الرئيسية، ويحدّد المقياسان محتوى خطة الإدارة الطارئة المرتبطة بمثل هذه الأحداث.	
FMS.8.2 – مقياس جديد يتطلّب نظام تذكير بالمنتجات/المعدات.	
FMS.10 – يتطلّب الآن من المؤسسة تحديد الخدمة العامة الرئيسية والغاز الطبي والتهوئة والأنظمة الأخرى.	
FMS.11 – يتطلّب الآن أن يدرج الزوّار والبائعون والعمّال المتعاقدون في البرنامج التثقيفي المتعلّق بالإدارة السليمة للمنشأة.	
SQE.1 و**SQE.1.1** – لديهما الآن بيانا نوايا منفصلان وأكثر تفصيلاً ووضوحاً. يتناول المقياسان الآن قضية متى قد يحتاج العاملون الطبيون والعاملون السريريون الآخرون توصيفاً للعمل.	**مؤهلات الهيئة العاملة وتحصيلها العلمي (SQE)**
SQE.3 – عاد التركيز على الهيئة العاملة السريرية التي تعمل تحت الإشراف.	
SQE.4 – مقياس جديد يركّز على الهيئة العاملة غير السريرية ويضمن أن تفي معارفهم ومهاراتهم باحتياجات المؤسسة ومتطلّبات المنصب.	
SQE.8.3 – مقياس جديد يضمّ متطلّبات مؤسسات الرعاية الصحية التي تشارك في برامج التعليم الصحي المهني.	
SQE.8.4 – مقياس جديد يضمّ متطلّبات برنامج صحّة العاملين في المؤسسة وسلامتهم.	
أدخل تعديل كبير على مقاييس الهيئة العاملة الطبية (**SQE.7** إلى **SQE.9** سابقاً) وأصبحت **SQE.9** إلى **SQE.11**.	
SQE.9 – توقّعات جديدة أو منقّحة تضمّ: • تحدّد النية مسؤولية المؤسسة عن عملية منح المؤهّلات • تحدّد النية ثلاثة أوضاع تعتبر بدائل مقبولة لمؤسسة تقوم بالتثبّت من المصدر الأساسي من مؤهّلات الطبيب • توضح النية التوقّعات بالنسبة إلى التثبّت من المصدر الأساسي لإجراء فحص أولي وفحص كل ثلاث سنوات	

	SQE.10 – توقّعات جديدة أو منقّحة تضمّ: • عملية منح امتياز قياسية وموضوعية وقائمة على الأدلة • تحدّد النية المعلومات التي تستخدم في عملية منح الامتياز عند التعيين الأولي • تحدّد النية المعلومات التي تستخدم في إعادة التعيين في المؤسسة كل ثلاث سنوات • توثّق عملية منح الامتياز في السياسات، وتتابع ويمكن إظهار كيفية التوصّل إلى عملية منح الامتياز
	SQE.11 – توقّعات جديدة أو منقّحة تضمّ: • يحلّ "تقييم الممارسة المهنية المتواصل" محل المراجعة الدورية لأداء الطبيب • تحدّد النية المعايير المحتملة لتقييم المعلومات ومصادر تقييمها • توثيق تقييم الممارسة المهنية في ملف المؤهّلات
	أدخل تعديل كبير على مقاييس الهيئة العاملة التمريضية (**SQE.10** إلى **SQE.12** سابقاً) وأصبحت **SQE.12** إلى **SQE.14**. • تحدّد النية مسؤولية المؤسسة عن ضمان أن تكون الممرّضات مؤهّلات • تحدّد النية (بالرجوع إلى SQE.9) ثلاثة أوضاع تعتبر بدائل مقبولة لمؤسسة تقوم بالتثبّت من المصدر الأساسي لمؤهّلات الممرّض • يضع توقّعات واضحة بالنسبة إلى عملية التثبّت من المصدر الأساسي للفحص الأولي أو الفحص كل ثلاث سنوات • يضع توقّعات لمراجعة مؤهّلات الممرّضين المتعاقدين.
	SQE.14 – يضمّ هذا التوقّع الجديد: • توثيق نتائج عملية مراجعة الممرّضين في ملفّ المؤهّلات
	أدخل تعديل كبير على مقاييس العاملين الصحيين المهنيين الآخرين (**SQE.13** إلى **SQE.15** سابقاً) وأصبحت **SQE.15** إلى **SQE.17**. • تحدد النية مسؤولية المؤسسة عن ضمان أن يكون العاملون الصحيون المهنيون الآخرون مؤهّلين • تحدّد النية (بالرجوع إلى SQE.9) ثلاثة أوضاع تعتبر بدائل مقبولة لمؤسسة تقوم بالتثبّت من المصدر الأساسي لمؤهّلات العاملين الصحيين الآخرين • يضع توقّعات واضحة بالنسبة إلى عملية التثبّت من المصدر الأساسي للفحص الأولي أو الفحص كل ثلاث سنوات
إدارة الاتصالات والمعلومات (MCI)	جمعت المقاييس المتعلّقة بالاتصالات من فصول المقاييس الأخرى ونقّحت وأضيفت إلى بداية هذا الفصل. ويعكس هذا التشديد الكبير على الاتصالات التفهّم المتنامي لأهمية الاتصالات الجيدة في رعاية المرضى بسلام. وقد أعيد تنظيم هذا الفصل وأعيدت عنونته "إدارة الاتصالات والمعلومات (MCI؛ سابقاً إدارة المعلومات MOI).
	MCI.4 – مقياس جديد يحدّد التوقّعات للاتصالات الفعّالة بين مقدّمي الخدمات داخل المؤسسة وخارجها.
	MCI.9 – يتطلّب التخطيط لعمليات إدارة المعلومات لكنه لم يعد يتطلّب أن تكون هناك خطة لإدارة المعلومات.
	قسمت المتطلّبات المتعلّقة بسرية المعلومات وأمنها وسلامتها (**MOI.1.4** إلى **MOI.1.5** سابقاً) إلى مقياسين: **MCI.10** – يتعلّق بخصوصية المعلومات وسريّتها. **MCI.11** – يتعلّق بأمن البيانات وسلامتها.
	MCI.13 – وسّع ليشمل تقنين المختصرات وتحديد تلك التي يجب ألا تستخدم في المؤسسة ومراقبتها.
	MCI.19 – نقّح لتوضيح إنشاء سجل سريري لكل المرضى والمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين ومرضى الحالات الطارئة.
المسرد	نقّح ووسّع
الفهرس	نقّح ووسّع

◥ الأهداف الدولية لسلامة المرضى

نظرة عامّة

يتناول هذا الفصل الأهداف الدولية لسلامة المرضى، كما يطلب تنفيذها اعتباراً من 1 كانون الثاني/يناير 2008 في كل المؤسسات المعتمدة من قبل اللجنة المشتركة الدولية بموجب المقاييس الدولية للمستشفيات.

ترمي الأهداف الدولية لسلامة المرضى إلى تعزيز تحسينات محدّدة لسلامة المرضى. تسلّط الأهداف الضوء على المجالات المثيرة للمشاكل في الرعاية الصحية وتصف حلول هذه المشاكل القائمة على الأدلة وإجماع الخبراء. وإقراراً بأنّ التصميم السليم للنظام يشكّل أساس تقديم الرعاية الصحية السليمة والعالية الجودة، فإنّ الأهداف تركّز عموماً على الحلول الشاملة للنظام حيثما كان ذلك ممكناً.

وضعت هيكلية الأهداف على غرار هيكلية المقاييس الأخرى، بما في ذلك إدخال معيار (بيان الأهداف)، وإعلان النوايا، والعناصر المقيسة. وتحدّد نتائج للأهداف مماثلة لنتائج المعايير الأخرى، أي "مستوفاة" أو "مستوفاة جزئياً" أو "غير مستوفاة". وتنظر قواعد قرار الاعتماد في الامتثال للأهداف الدولية لسلامة المرضى كقاعدة منفصلة للقرار.

الأهداف

فيما يلي لائحة بكل الأهداف. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون متطلّباتها، أو إعلانات النوايا أو العناصر المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه الأهداف، انظر القسم التالي في هذا الفصل، الأهداف والمتطلّبات والنوايا والعناصر المقيسة.

- الهدف 1 تعيين هوية المرضى بشكل صحيح
- الهدف 2 تحسين الاتصال الفعّال
- الهدف 3 تحسين سلامة الأدوية ذات المحاذير العالية
- الهدف 4 ضمان الموقع الصحيح والإجراء الصحيح والجراحة الصحيحة للمريض
- الهدف 5 تقليل مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية
- الهدف 6 تقليل خطر إلحاق الضرر بالمريض نتيجة السقوط

الأهداف والمتطلّبات والنوايا والعناصر المقيسة

الهدف 1

تحديد المرضى بطريقة صحيحة

مطلب الهدف 1

تضع المؤسسة نهجاً لتحسين دقّة تحديد المرضى.

نيّة الهدف 1

تحدث أخطاء المريض غير المقصودة في كل أوجه التشخيص والعلاج تقريباً. قد يكون المرضى مركّنين أو مشوّشين أو غير يقظين تماماً؛ وربما يغيّرون الأسرّة أو الغرف أو الأماكن داخل المستشفى؛ أو قد يكون لديهم عجز حسي؛ أو يمكن أن يخضعوا لظروف أخرى قد تؤدي إلى أخطاء في تعيين الهوية بشكل صحيح. ويرمي هذا الهدف إلى أمرين اثنين: تعيين هوية الفرد بشكل موثوق بأنّه الشخص الذي يراد تقديم الخدمة أو العلاج إليه؛ ثانياً، تطابق الخدمة أو العلاج مع ذلك الفرد.

توضع السياسات و/أو الإجراءات بشكل تعاوني لتحسين عمليات تعيين الهوية، لا سيما العمليات المستخدمة في تعيين هوية المريض عند إعطاء الأدوية أو الدم أو منتجات الدم؛ أو أخذ الدم وعيّنات أخرى لإجراء اختبارات سريرية؛ أو تقديم أي علاجات أو إجراءات أخرى. وتتطلّب السياسات و/أو الإجراءات طريقتين على الأقل لتعيين هوية المريض، مثل اسم المريض، أو رقم التعريف أو تاريخ الميلاد أو شريط معصم ذي كود شريطي أو طرق أخرى. ولا يمكن استخدام رقم غرفة المريض أو مكانه لتعيين الهوية. وتوضح السياسات و/أو الإجراءات استخدام محدّدين مختلفين في مواقع مختلفة داخل المؤسسة، مثل خدمات الرعاية السائرة (انظر المسرد أيضاً) أو مرضى العيادات الخارجية الآخرين (انظر المسرد أيضاً)، أو دائرة الطوارئ، أو مسرح العمليات. ويدرج أيضاً تعيين هوية المريض المصاب بالسبات الذي ليس لديه هوية. وتستخدم عملية تعاونية لوضع السياسات و/أو الإجراءات لضمان تعاملها مع كل أوضاع تعيين الهوية المحتملة.

العناصر المقيسة للهدف 1

- ☐ 1. استخدام عملية تعاونية لوضع سياسات و/أو إجراءات تتعامل مع دقة تعيين هوية المريض.
- ☐ 2. أن تتطلّب السياسات و/أو الإجراءات استخدام إثباتين لهوية المرضى، لا تشمل استخدام رقم غرفة المريض أو مكانه.
- ☐ 3. تعيين هوية المرضى قبل إعطاء الأدوية أو الدم أو منتجات الدم.
- ☐ 4. تعيين هوية المرضى قبل أخذ الدم وغيره من العيّنات للاختبار السريري. (انظر أيضاً AOP.5.7 وME 2)
- ☐ 5. تعيين هوية المرضى قبل تقديم العلاجات والإجراءات.

الهدف 2

تحسين الاتصالات الفعّالة

مطلب الهدف 2

تضع المؤسسة نهجاً لتحسين فعّالية الاتصالات بين مقدّمي الرعاية.

نية الهدف 2

الاتصالات الفعّالة، التي تأتي في وقتها وتكون دقيقة وكاملة وغير غامضة ويفهمها متلقّيها، تقلّل الأخطاء وينجم عنها تحسين سلامة المريض. يمكن أن تكون الاتصالات إلكترونية أو شفهية أو خطية. وأكثر الاتصالات ميلاً إلى ارتكاب الأخطاء هي طلبات رعاية المرضى المعطاة شفهياً وتلك التي تعطى على الهاتف، عندما يُسمح بها بموجب القوانين أو الأنظمة المحلية. ومن الاتصالات الأخرى الميّالة للخطأ تبليغ نتائج الاختبارات الحاسمة، مثل اتصال المختبر السريري بوحدة رعاية المريض للتبليغ عن نتائج اختبار عاجل.

تضع المؤسسة بصورة تعاونية سياسة و/أو إجراء تلقي الطلبات الشفهية أو الهاتفية التي تشمل: كتابة الطلب أو نتيجة الاختبار كاملة من قبل متلقّي المعلومات (أو إدخالها إلى الحاسوب)، ويقوم المتلقّي بإعادة قراءة الطلب أو نتيجة الاختبار، ثمّ التثبّت من أنّ ما دوّن وأعيدت قراءته دقيق. وتحدّد السياسة و/أو إجراء البدائل المسموح بها عندما لا تكون عملية إعادة القراءة ممكنة كما في مسرح العملية أو في الحالات الطارئة في قسم الطوارئ أو وحدة العناية المكثّفة.

العوامل المقيسة للهدف 2

- ☐ 1. استخدام عملية تعاونية لوضع السياسات و/أو الإجراءات التي تتعامل مع دقّة الاتصالات الشفهية والهاتفية. (انظر ايضاً AOP.5.4 وAOP.6.4 وMMU.4، ME 1 وMMU.4.3، ME 1)
- ☐ 2. أن يتم كتابة الطلب الشفوي أو الهاتفي أو نتيجة الإختبار من قبل متلقي الطلب أو نتيجة الإختبار.
- ☐ 3. أن يعيد المتلقّي قراءة الطلب أو نتيجة الاختبار الشفهية أو الهاتفية التي دوّنها.
- ☐ 4. أن يتثبّت مقدّم الطلب أو نتيجة الاختبار من صحة الطلب المدوّن أو نتيجة الاختبار.

الهدف 3

تحسين سلامة الأدوية ذات المحاذير العالية

مطلب الهدف 3

تضع المؤسسة نهجاً لتحسين سلامة الأدوية ذات المحاذير العالية.

نية الهدف 3

عندما تكون الأدوية جزءاً من خطة علاجية، يكون التدبير الملائم حاسماً في ضمان سلامة المرضى. ومن قضايا سلامة الأدوية التي تذكر بصورة متكررة الإعطاء غير المقصود للكهارل المركّزة (مثل كلوريد البوتاسيوم [2mEq/ml أو أكثر تركيزاً]، وكلوريد الصوديوم [0.9٪ أو أكثر تركيزاً]، وسلفات المغنيزيوم [50٪ أو أكثر تركيزاً]). ويمكن أن يحدث هذا الخطأ عندما لا يتكيّف مقدّم الرعاية بشكل ملائم مع وحدة رعاية المرضى، أو عندما يستخدم الممرّضون المتعاقدون (انظر أيضاً "الخدمات المتعاقد عليها" في المسرد) دون توجيه ملائم، أو في أثناء الحالات الطارئة. ومن أكثر الطرق فعالية لخفض هذه الحوادث أوالتخلص منها نقل الكهارل المركّزة من وحدة رعاية المرضى إلى الصيدلية.

تضع المؤسسة بشكل تعاوني سياسة و/أو إجراء يمنع وجود الكهارل المركّزة في أماكن رعاية المرضى حيث يمكن أن يحدث سوء إعطاء المحلول. تحدّد السياسة و/أو إجراء المجالات التي تكون فيها الكهارل المركّزة ضرورية من الناحية السريرية، مثل قسم الطوارئ أو مسرح العمليات، كما تحدّد كيف يمكن تسميتها بوضوح وكيف يمكن تخزينها في هذه الأماكن بطريقة تقيّد الوصول إليها لمنع إعطائها دون قصد.

العناصر المقيسة للهدف 3

- ☐ 1. استخدام عملية تعاونية لوضع السياسات و/أو الإجراءات التي تتعامل مع تحديد أماكن الكهارل المركّزة وتسميتها وتخزينها.
- ☐ 2. أن لا تكون الكهارل المركّزة موجودة في وحدات رعاية المرضى ما لم تكن ضرورية من الناحية السريرية وتتخذ الإجراءات لتجنّب إعطائها دون قصد في الأماكن التي تسمح بها السياسة. (انظر أيضاً بيان النية للمعيار MMU.3)

الهدف 4

ضمان الموقع الصحيح والإجراء الصحيح وعمل الجراحة للمريض الصحيح.

مطلب الهدف 4

تطوّر المؤسسة طريقة لضمان الموقع الصحيح والإجراء الصحيح وعمل الجراحة للمريض الصحيح.

نية الهدف 4

يشيع الموقع الخطأ والإجراء الخاطئ والجراحة للمريض غير المقصود بشكل مقلق في مؤسسات الرعاية الصحية. وتنتج هذه الأخطاء عن عدم فعّالية الاتصال وكفايته بين أعضاء الفريق الجراحي، وعدم مشاركة المرضى في تعليم مكان إجراء الجراحة بعلامة مميّزة، والافتقار إلى إجراءات التحقّق من مكان عمل الجراحة. كما أنّ عدم كفاية تقييم المريض وعدم كفاية مراجعة السجلات الطبية (انظر المسرد أيضاً)، والثقافة التي لا تدعم التواصل المفتوح بين أعضاء الفريق الجراحي، والمشاكل المتعلّقة بالخط غير المقروء، واستخدام المختصرات تعتبر عوامل مساهمة متكرّرة.

على المؤسسات أن تضع بصورة تعاونية سياسة و/أو إجراء فعّالاً للتخلّص من هذه المشكلة المقلقة. وتستخدم الممارسات القائمة على الأدلة، مثل تلك التي يصفها بروتوكول اللجنة المشتركة الشامل لتجنّب الموقع الخطأ والإجراء الخاطئ والجراحة للشخص غير المقصود (انظر أيضاً http://www.jointcomission.org/PatientSafety?Universal Protocol).

العمليات الضرورية الموجودة في البروتوكول الشامل هي

- تعليم موقع الجراحة
- عملية التثبّت قبل الجراحة
- وقت مستقطع (انظر المسرد أيضاً) قبل بدء الإجراء على الفور

إنّ تعليم موقع الجراحة يشرك المريض ويتم بعلامة واضحة لا لبس فيها. ويجب أن تكون العلامة منسجمة في المؤسسة بأكملها، وأن يضعها الشخص الذي سيؤدي الإجراء، وأن تتمّ فيما المريض مستيقظ وواعٍ، إذا أمكن، وأن تكون مرئية بعد تهيئة المريض وتغطيته بملاءة. يعلّم موقع الجراحة في كل الأحوال التي تشتمل على تجانب أو بنى متعددة (الأصابع وأصابع القدمين والآفات) أو مستويات متعدّدة (العمود الفقري).

ترمي عملية التحقّق التي تسبق الجراحة إلى

- التثبّت من صحة المكان والإجراء والمريض
- ضمان توافر كل الوثائق والصور والدراسات ذات الصلة، وتعليمها بصورة صحيحة وعرضها
- التثبّت من توافر أي معدّات و/أو غرسات خاصة مطلوبة

ويسمح الوقت المستقطع بالإجابة عن أي أسئلة عالقة أو حل أي التباس. ويستقطع الوقت في الموقع الذي سيتمّ فيه الإجراء، ويشتمل على الفريق الجراحي بأكمله. وتحدّد المؤسسة كيفية توثيق هذه العملية بإيجاز، كما في اللائحة التدقيقية.

العناصر المقيسة للهدف 4

- ☐ 1. استخدام عملية تعاونية لوضع السياسات و/أو الإجراءات التي تنشئ عمليات منتظمة لضمان صحة المكان والإجراء والمريض، بما في ذلك الإجراءات التي تجرى في أماكن غير مسرح العمليات.
- ☐ 2. أن تستخدم المؤسسة علامة مفهومة لتعيين موقع الجراحة وتشرك المريض في عملية التعليم.
- ☐ 3. أن تستخدم المؤسسة عملية للتحقّق من أنّ كل الوثائق والمعدات اللازمة متوافرة وصحيحة وتؤدي وظيفتها.
- ☐ 4. أن تستخدم المؤسسة لائحة تدقيقية وإجراء الوقت المستقطع قبل بدء الإجراء الجراحي.

الهدف 5

تقليل مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

مطلب الهدف 5

تضع المؤسسة مقاربة لخفض مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

نية الهدف 5

من الصعب تجنّب العدوى والسيطرة عليها في معظم أماكن الرعاية الصحية، ويثير ارتفاع معدّلات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) قلقاً كبيراً لدى المرضى واختصاصيي الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً). وتشمل العدوى الشائعة في كل أماكن الرعاية الصحية عدوى الجهاز البولي المرتبطة بالقثطار، وعدوى مجرى الدم، وذات الرئة (غالباً ما ترتبط بالتهوئة الميكانيكية).

من الأمور الأساسية في التخلّص من هذه العدوى وسواها اتباع القواعد الصحيحة لنظافة اليدين. وتتوافر التوجيهات المقبولة دولياً لنظافة اليدين لدى منظمة الصحة العالمية والمراكز الأميركية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها ومختلف المنظمات الصحية الدولية والوطنية الأخرى.

وعلى المؤسسة أن تضع بصورة تعاونية السياسات و/أو الإجراءات التي تتكيّف مع التوجيهات المنشورة حالياً والمقبولة عامة لنظافة اليدين أو تعتمدها وأن تنفّذها.

العناصر المقيسة للهدف 5

- ☐ 1. استخدام عملية تعاونية لوضع السياسات و/أو الإجراءات التي تتعامل مع خفض مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. (انظر أيضاً المعيار PCI.5)
- ☐ 2. أن تعتمد المؤسسة التوجيهات المنشورة حالياً والمقبولة عامّة لنظافة اليدين أو تتكيّف معها.
- ☐ 3. أن تنفّذ المؤسسة برنامجاً فعّالاً لنظافة اليدين.

الهدف 6

تقليل خطر إلحاق الضرر بالمريض نتيجة السقوط

مطلب الهدف 6

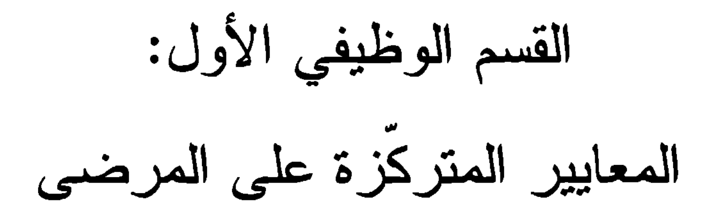
أن تضع المؤسسة مقاربة لخفض خطر إلحاق الضرر بالمريض نتيجة السقوط

نية الهدف 6

تستأثر السقطات بقسم كبير من الإصابات التي يتعرّض لها المرضى في أثناء وجودهم في المستشفى. وعلى المؤسسة، في إطار المجتمع الذي تخدمه والخدمات التي تقدّمها والتسهيلات الموجودة فيها، أن تقيّم مخاطر تعرّض المرضى فيها للسقوط واتخاذ الإجراءات لخفض خطر السقوط وخفض خطر الإصابة عند السقوط. ويمكن أن يشمل التقييم سجل السقطات، ومراجعة الأدوية وتعاطي الكحول، وتحرّي المشية والتوازن، ومساعدات المشي التي يستخدمها المرضى. ومن ثم تنشئ المؤسسة برنامجاً لخفض مخاطر السقوط استناداً إلى السياسات و/أو الإجراءات الملائمة وتقوم بتنفيذه.

العناصر المقيسة للهدف 6

- ☐ 1. استخدام عملية تعاونية لوضع السياسات و/أو الإجراءات التي تتعامل مع خطر إلحاق الضرر بالمريض نتيجة السقوط في المؤسسة.
- ☐ 2. أن تنفّذ المؤسسة عملية للتقييم الأولي للمرضى فيما يتعلّق بخطر السقوط وإعادة تقييم المرضى عندما يشير إلى ذلك تغيّر الحالة والأدوية، إلخ.
- ☐ 3. أن تتخذ التدابير لخفض مخاطر سقوط المرضى الذين يكشف التقييم أنّهم معرّضون للخطر وتنفّذه.



القسم الوظيفي الأول:
المعايير المتركّزة على المرضى

◥ الحصول على الرعاية واستمرار الرعاية (ACC)

نظرة عامة

على مؤسسة الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) أن تنظر في الرعاية التي تقدّمها كجزء من نظام متكامل من الخدمات، والمتخصّصين في الرعاية الصحية، ومستويات الرعاية التي تشكّل متصل الرعاية. ويهدف ذلك إلى التوفيق بين احتياجات الرعاية الصحية للمرضى والخدمات المتاحة، وتنسيق الخدمات التي تقدّمها المؤسسة إلى المرضى، ثم التخطيط لتخريج المريض (انظر المسرد أيضاً) ومتابعته. والنتيجة هي تحسين نتائج رعاية المرضى (انظر المسرد أيضاً) والاستخدام الأكفأ للموارد المتاحة.

ثمة حاجة ضرورية إلى المعلومات لاتخاذ القرارات الصحيحة بشأن

- ما هي احتياجات المرضى التي يمكن أن تلبيها مؤسسة الرعاية الصحية
- انسياب الخدمات المقدّمة إلى المرضى بكفاءة
- إحالة المريض بشكل ملائم إلى مكان آخر للرعاية أو تخريجه إلى بيته.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل المعايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي من هذا الفصل، "المعايير والنوايا والعناصر المقيسة".

AAC.1 ستقبل المرضى لتلقي الرعاية كمرضى داخليين أو يسجّلون لخدمات المرضى الخارجيين تبعاً لاحتياجاتهم الصحية المحدّدة ورسالة المؤسسة ومواردها.

ACC.1.1 للمؤسسة نظام لإدخال المرضى الداخليين وتسجيل المرضى الخارجيين.

ACC.1.1.1 يمنح المرضى ذوو الاحتياجات الطارئة أو العاجلة الأولوية في التقييم والعلاج.

ACC.1.1.2 تمنح احتياجات المرضى إلى الخدمات الوقائية والملطّفة والعلاجية والتأهيلية الأولوية تبعاً لحالة المريض عند استقباله كمريض داخلي في المؤسسة.

ACC.1.2 عند إدخال المرضى الداخليين، يتلقّى المرضى وعائلاتهم معلومات عن الرعاية المقترحة، والنتائج المرجوّة للرعاية، والتكاليف المتوقّعة لرعاية المريض.

ACC.1.3 تبذل المؤسسة ما بوسعها لتقليل الحواجز المادية واللغوية والثقافية وسواها أمام الحصول على الخدمات وتقديمها.

ACC.1.4 تحدّد المعايير القائمة الإدخال في وحدات تقديم الرعاية المركّزة أو الخدمات الخاصة أو الإحالة إليها أو منها.

ACC.2 تصمّم المؤسسة العمليات الخاصة بتوفير استمرارية خدمات رعاية المرضى فيها والتنسيق بين الاختصاصيين الصحيين وتنفّذها.

ACC.2.1 وجود فرد مؤهّل مسؤول عن رعاية المرضى في كل مراحل الرعاية.

ACC.3 وجود سياسة توجّه الإحالة الملائمة للمرضى أو تخريجهم.

ACC.3.1 تتعاون المؤسسة مع ممارسي الرعاية الصحية والهيئات الخارجية لضمان أن تكون الإحالات ملائمة وفي وقتها المناسب.

ACC.3.2 احتواء سجلات المرضى على نسخة عن موجز التخريج.

ACC.3.3 إعطاء المرضى وعائلاتهم عند الاقتضاء، تعليمات واضحة للمتابعة عند الإحالة أو التخريج.

ACC.4 وجود سياسة توجّه الإحالة الملائمة للمرضى إلى مؤسسة أخرى للوفاء باحتياجات استمرار رعايتهم.

ACC.4.1 تحدّد المؤسسة المحيلة أنّ المؤسسة المستقبلة تستطيع الوفاء باحتياجات استمرار تقديم الرعاية للمريض.

ACC.4.2 يقدّم إلى المؤسسة المستقبلة خلاصة خطية عن حالة المريض السريرية والتدخّلات التي قدّمتها المؤسسة المحيلة.

ACC.4.3 يراقب أحد العاملين المؤهّلين حالة المريض في أثناء إحالته.

ACC.4.4 توثّق عملية الإحالة في سجل المريض.

ACC.5 تنظر عملية إحالة المريض أو نقله أو تخريجه في احتياجات المواصلات.

ACC.6 تلبّي خدمات النقل الطبّي القوانين والأنظمة ذات الصلة ومتطلّبات الترخيص.

ACC.6.1 تقدّم خدمات النقل الطبّي عبر آلية عمل جيدة الإدارة تضمن سلامة المريض والعاملين وجودة خدمات النقل.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

الإدخال في المؤسسة

المعيار

ACC.1 يُدخل المرضى إلى المؤسسة لتلقي الرعاية الداخلية أو يتم تسجيلهم في خدمات المرضى الخارجيين تبعاً لاحتياجات رعايتهم الصحية ورسالة المؤسسة ومواردها.

نية المعيار ACC.1

يتوقّف التوفيق بين احتياجات المرضى ورسالة مؤسسة الرعاية الصحية ومواردها على الحصول على معلومات عن احتياجات المريض وحالته من خلال التحرّي، عند أول نقطة اتصال في العادة. وقد يكون التحريّ عبر معايير الفرز أو التقييم النظري أو الفحص البدني أو نتائج فحوصات بدنية أو نفسية أو مخبرية سريرية أو صور تشخيصية أجريت سابقاً. ويمكن أن يتمّ التحرّي في مصدر للإحالة أو في أثناء حالة طارئة (انظر المسرد أيضاً) أو عندما يصل المريض إلى المؤسسة. ومن المهم ألا تتخذ قرارات المعالجة أو النقل (انظر المسرد أيضاً) أو الإحالة إلا بعد توافر نتائج التقييم. ولا ينظر في إدخال المرضى كمرضى داخليين (انظر المسرد أيضاً) أو تسجيلهم لخدمات المرضى الخارجيين (انظر المسرد أيضاً) سوى للذين توجد لدى المؤسسة القدرة على تقديم الخدمات اللازمة لهم، بما يتوافق مع رسالتها. وعندما تتطلّب المؤسسة اختبارات تحرٍّ معينة قبل الإدخال أو التسجيل، ينصّ على ذلك في سياسة خطية.

يبلّغ المرضى عندما قد يتطلّب الحصول على الرعاية المخططة وضعهم على لائحة انتظار أو حدوث تأخير في الرعاية أو المعالجة. ويبلّغ المرضى بالأسباب المرفقة بهذا التأخير أو الانتظار. وينطبق هذا المطلب على رعاية المرضى الداخليين والخدمات التشخيصية للمرضى الخارجيين، لا على الانتظار القليل في تقديم الرعاية للمرضى الخارجيين أو الداخليين كما يحدث عندما يتأخر الطبيب عن جدول مواعيده.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1

- ☐ 1. بدء التحرّي عند نقطة اللقاء الأول داخل المؤسسة أو خارجها.
- ☐ 2. التقرير، استناداً إلى نتائج التحرّي، إذا كانت احتياجات المريض تتوافق مع رسالة المؤسسة ومواردها.
- ☐ 3. عدم قبول المرضى إلا إذا كانت المؤسسة تستطيع تقديم الخدمات الضرورية ويتوافر المكان الملائم لرعاية المريض الخارجي والمريض الداخلي.
- ☐ 4. وجود عملية لتقديم نتائج الاختبارات التشخيصية إلى المسؤولين عن تحديد إذا كان سيتمّ إدخال المريض أو نقله أو إحالته.
- ☐ 5. أن تحدّد السياسات ما هي اختبارات التحري والتشخيص المعيارية قبل الإدخال.
- ☐ 6. عدم إدخال المرضى أو نقلهم أو إحالتهم قبل توافر نتائج الاختبارات اللازمة لاتخاذ هذه القرارات.
- ☐ 7. أن تحدّد السياسات كيف يبلّغ المرضى عندما يتعيّن عليهم الانتظار أو عند حدوث تأخير في الرعاية والمعالجة وأسباب التأخير أو الانتظار، وكيف توثّق المعلومات.

المعيار

ACC.1.1 للمؤسسة نظام لإدخال المرضى الداخليين وتسجيل المرضى الخارجيين.

نية المعيار ACC.1.1

تقنّن عملية إدخال المرضى الداخليين إلى المؤسسة للرعاية، وتسجيل المرضى الخارجيين لتقديم الخدمات إليهم من خلال السياسات والإجراءات. ويكون العاملون المسؤولون عن العملية مطلعين على الإجراءات المعيارية ويتبعونها.

تتعامل السياسات والإجراءات مع
- تسجيل خدمات المرضى الخارجيين أو إدخال المرضى الداخليين
- الإدخال مباشرة من خدمة الطوارئ إلى وحدة المرضى الداخليين
- عملية وضع المرضى تحت المراقبة

تتعامل السياسات أيضاً مع كيفية إدارة المرضى عندما تكون مرافق المرضى الداخليين محدودة أو لا يتوافر مكان لإدخال المرضى أو إدخال المرضى إلى الوحدة الملائمة.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1.1

- ☐ 1. استخدام السياسات والإجراءات لتقنين عملية تسجيل المرضى الخارجيين.
- ☐ 2. استخدام السياسات والإجراءات لتقنين عملية إدخال المرضى الداخليين (انظر أيضاً PFR.10.2، العنصر المقيس 4)
- ☐ 3. اطلاع العاملين على السياسات والإجراءات واتباعها.
- ☐ 4. تعامل السياسات والإجراءات مع إدخال مرضى قسم الطوارئ إلى وحدات المرضى الداخليين.
- ☐ 5. تعامل السياسات والإجراءات مع وضع المرضى تحت المراقبة.
- ☐ 6. تعامل السياسات والإجراءات مع إدارة المرضى عندما لا تكون الأسرّة متوافرة في الخدمة أو الوحدة المنشودة أو سواها في المؤسسة.

المعيار

ACC.1.1.1 يمنح المرضى ذوي الاحتياجات الطارئة الأولوية في التقييم والمعالجة.

نية المعيار ACC.1.1.1

يقيّم المرضى ذوو الاحتياجات الطارئة أو الفورية ويتلقّون العلاج بالسرعة الضرورية. وقد يقيّم مثل هؤلاء المرضى من قبل طبيب أو شخص مؤهّل آخر (انظر المسرد أيضاً) قبل المرضى الآخرين، وتقدّم إليهم الخدمات التشخيصية بأسرع ما يمكن، ويبدأ علاجهم تبعاً لاحتياجاتهم. وتضع المؤسسة معايير قائمة على الحالة الفيزيولوجية (انظر المسرد أيضاً)، حينما يكون ذلك ممكناً وملائماً، وتدرّب العاملين على تحديد المرضى ذوي الاحتياجات العاجلة وكيفية منح الأولوية لرعايتهم.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1.1.1

- ☐ 1. أن تضع المؤسسة معايير لمنح الأولوية للمرضى ذوي الاحتياجات العاجلة.
- ☐ 2. استناد المعايير إلى الحالة الفيزيولوجية، حينما يكون ذلك ممكناً وملائماً.
- ☐ 3. تدريب العاملين على استخدام المعايير.
- ☐ 4. منح المرضى الأولوية تبعاً لإلحاح احتياجاتهم.

المعيار

ACC.1.1.2 تمنح احتياجات المرضى إلى الخدمات الوقائية والملطّفة والعلاجية والتأهيلية الأولوية تبعاً لحالة المريض عند استقباله كمريض داخلي في المؤسسة.

نية المعيار ACC.1.1.2

عندما ينظر في إدخال المرضى إلى المؤسسة كمرضى داخليين، يساعد التحري التقييمي العاملين في فهم الخدمات الوقائية (انظر المسرد أيضاً) والملطّفة (انظر المسرد أيضاً) والعلاجية والتأهيلية التي يحتاج إليها المريض ومنحها الأولوية وانتقاء الخدمة أو الوحدة الملائمة التي تلبي احتياجات المريض الملحّة أو التي تحظى بالأولوية.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1.1.2

☐ 1. أن يساعد التحري التقييمي العاملين في فهم الخدمات الوقائية والملطّفة والعلاجية والتأهيلية التي يحتاج إليها المريض ومنحها الأولوية.
☐ 2. أن تكون الخدمة أو الوحدة المنتقاة لتلبية هذه الاحتياجات ملائمة.

المعيار

ACC.1.2 عند إدخال المرضى الداخليين، يتلقّى المرضى وعائلاتهم معلومات عن الرعاية المقترحة، والنتائج المرجوّة للرعاية، والتكاليف المتوقّعة لرعاية المريض.

نية المعيار ACC.1.2

في أثناء عملية الإدخال، يتلقّى المرضى وعائلاتهم المعلومات الكافية لاتخاذ قرارات رشيدة. وتقدّم معلومات عن الرعاية المقترحة والنتائج المرجوّة وأي تكاليف متوقّعة يتحملها المريض أو عائلته عن الرعاية عندما لا يتحمّلها مصدر عامّ أو خاصّ. وعندما تكون هناك قيود مالية متعلّقة بتكلفة الرعاية، تسعى المؤسسة إلى التوصّل إلى طرق للتغلّب على هذه القيود. ويمكن أن تكون مثل هذه المعلومات في نموذج خطي أو تقدّم شفهياً ويُلحظ ذلك في سجلّ المريض.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1.2

☐ 1. وجود عملية لتقديم المعلومات إلى المريض أو عائلته عند الإدخال. (انظر أيضاً MCI.2، والعنصر المقيس 1).
☐ 2. أن تشمل العملية معلومات عن الرعاية المقترحة.
☐ 3. أن تشمل العملية معلومات عن النتائج المرجوّة للرعاية.
☐ 4. أن تشمل العملية معلومات عن أي تكاليف متوقّعة يتحمّلها المريض أو عائلته.
☐ 5. أن يتلقّى المرضى معلومات كافية لاتخاذ قرارات رشيدة. (انظر أيضاً AOP.4.1، والعنصر المقيس 3).

المعيار

ACC.1.3 تبذل المؤسسة ما بوسعها لتقليل الحواجز المادية واللغوية والثقافية وسواها أمام الحصول على الخدمات وتقديمها.

نية المعيار ACC.1.3

تخدم المؤسسات عادة مجتمعات ذات سكان يتميّزون بالتنوّع. فقد يكون المرضى مسنّين، أو عاجزين، أو يتحدّثون بلغات أو لهجات مختلفة، أو متنوّعي الثقافات، أو يظهرون حواجز أخرى تجعل عملية الوصول إلى الرعاية وتلقّيها صعبة جداً. لذا فإنّ المؤسسة تطلع على هذه الحواجز وتنفّذ العمليات التي تزيل هذه الحواجز أو تخفضها في أثناء عملية الإدخال. وتسعى المؤسسة أيضاً إلى خفض تأثير هذه الحواجز على تقديم الخدمات.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1.3

☐ 1. إدراك قادة المؤسسة والعاملين فيها الحواجز الشائعة القائمة في المجتمع الذي ينتمي إليه مرضاها.
☐ 2. وجود عملية للتغلّب على الحواجز في أثناء الإدخال أو الحدّ منها.
☐ 3. وجود عملية للحدّ من تأثير الحواجز على تقديم الخدمات.
☐ 4. تنفيذ هذه العمليات.

المعيار

ACC.1.4 تحدّد المعايير القائمة الإدخال في وحدات تقديم الرعاية المركّزة أو الخدمات الخاصة أو التحويل إليها أو منها.

نية المعيار ACC.1.4

الوحدات أو الخدمات التي تقدّم الرعاية المركّزة (مثل وحدة العناية المكثّفة بعد الجراحة) أو التي تقدّم خدمات خاصة (مثل وحدات رعاية مرضى الحروق أو غرس الأعضاء) مكلفة للغاية ومحدودة الأمكنة والعاملين عادة. وعندما تكون أقسام الطوارئ ذات أسرّة المراقبة، ووحدات البحوث السريرية موجودة، فإنّ عليها أن تضمن الانتقاء الملائم للوحدة أو الأسرّة. وعلى كل مؤسسة أن تضع معايير لتحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مستوى الرعاية الذي تقدّمه مثل هذه الوحدات. ولضمان الاتساق، يجب أن تستند المعايير إلى العوامل النفسية حينما يكون ذلك ممكناً وملائماً. يشارك أفراد ملائمون من قسم الطوارئ أو الخدمات المركّزة أو الخاصة في وضع هذه المعايير. وتستخدم المعايير لتحديد الدخول المباشر إلى الوحدة، مثل الدخول من خدمة الطوارئ مباشرة. وتستخدم المعايير أيضاً لتحديد التحويل إلى وحدة من داخل المؤسسة أو خارجها. كما تستخدم لتحديد متى لا يعود المريض بحاجة إلى خدمات الوحدة ويمكن تحويله إلى مستوى آخر من الرعاية.

عندما تجري المؤسسة أبحاثاً أو تقدّم خدمات أو برامج خاصة لرعاية المرضى، فإنّ الإدخال أو التحويل إلى هذه البرامج يتمّ من خلال معايير قائمة أو بروتوكول قائم (انظر المسرد أيضاً). ويشترك أشخاص ملائمون من برامج الأبحاث أو سواها في وضع المعايير أو البروتوكول. ويوثّق الإدخال إلى مثل هذه البرامج في سجل المريض ويشمل المعايير أو البروتوكول الذي أدخل المريض أو حوّل بموجبه.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.1.4

- ☐ 1. أن تنشئ المؤسسة معايير إدخال و/أو إحالة إلى خدماتها أو وحداتها المركّزة أو الخاصة، بما في ذلك الأبحاث والبرامج الأخرى لتلبية الاحتياجات الخاصة للمرضى.
- ☐ 2. استناد المعايير إلى العوامل النفسية حينما يكون ذلك ممكناً وملائماً.
- ☐ 3. مشاركة الأفراد الملائمين في وضع المعايير.
- ☐ 4. تدريب العاملين على تطبيق المعايير
- ☐ 5. وفاء المرضى المحالين أو المدخلين إلى وحدات/خدمات الرعاية المركّزة والخاصة بالمعايير وتوثيق ذلك في سجلاتهم.
- ☐ 6. إحالة المرضى الذين لم يعودوا يفون بالمعايير للبقاء في الوحدة أو تخريجهم.

استمرار الرعاية

المعيار

ACC.2 تصمّم المؤسسة العمليات الخاصة بتوفير استمرارية خدمات رعاية المرضى فيها والتنسيق بين الاختصاصيين الصحيين وتنفّذها.

نية المعيار ACC.2

عندما ينتقل المرضى من خلال مؤسسة الرعاية الصحية من الإدخال إلى التخريج أو التحويل، يمكن أن يشترك العديد من الأقسام والخدمات وكثير من مقدّمي الرعاية الصحية في تقديم الرعاية. وخلال كل مراحل الرعاية، يتمّ التوفيق بين احتياجات المريض والموارد المتاحة داخل المؤسسة وخارجها، عند الضرورة. ويتحقّق ذلك عادة باستخدام المعايير أو السياسات القائمة التي تحدّد ملاءمة التحويلات داخل المؤسسة. (انظر أيضاً ACC.1.4 فيما يتعلّق بمعايير الإدخال إلى وحدات العناية المركّزة أو الخاصة أو التخريج منها)

لكي تبدو رعاية المرضى منسجمة، يجب على المؤسسة أن تصمّم عملية لاستمرار الرعاية وتنسيقها بين الأطبّاء ومقدّمي الرعاية الآخرين في

- خدمات الطوارئ وإدخال المرضى الداخليين
- الخدمات التشخيصية والخدمات العلاجية
- خدمات المعالجة الجراحية وغير الجراحية
- برامج رعاية المرضى الخارجيين
- المؤسسات الأخرى وأمكنة الرعاية الأخرى

يعمل قادة الأماكن والخدمات المختلفة معاً لتصميم العمليات وتنفيذها. ويمكن أن تدعم العمليات بمعايير أو سياسات أو إجراءات أو توجيهات صريحة للتحويل. وتحدّد المؤسسة الأفراد المسؤولين عن تنسيق الخدمات. وقد ينسّق هؤلاء الأفراد كل أعمال رعاية المرضى (بين الأقسام مثلاً) أو قد يكونون مسؤولين عن رعاية مرضى أفراد (مثل مدير الحالات).

العناصر المقيسة للمعيار ACC.2

- ☐ 1. أن يصمّم قادة الخدمات والمواقع وينفّذون عمليات تدعم استمرار الرعاية وتنسيقها، بما في ذلك تلك المحدّدة في بيان النية.
- ☐ 2. أن تحدّد المعايير والسياسات الموضوعة ملاءمة التحويلات داخل المؤسسة.
- ☐ 3. أن يكون الاستمرار والتنسيق ظاهرين في كل مراحل رعاية المرضى.
- ☐ 4. أن يكون الاستمرار والتنسيق واضحاً للمريض.

المعيار

ACC.2.1 وجود فرد مؤهّل مسؤول عن رعاية المرضى في كل مراحل الرعاية.

نية المعيار ACC.2.1

للمحافظة على استمرارية الرعاية (انظر المسرد أيضاً) طوال مدة إقامة المريض في المؤسسة، يجب أن يكون الشخص المسؤول عن رعاية المريض طوال فترة الرعاية أو عن مرحلة معيّنة من مراحل رعايته محدّداً بوضوح. وقد يكون هذا الشخص طبيباً أو أي شخص مؤهّل آخر. يحدّد الشخص المسؤول في سجل المريض أو بطريقة أخرى معروفة للعاملين في المؤسسة. ووجود شخص واحد مشرف على الرعاية طوال مدّة البقاء في المستشفى يحسّن الاستمرارية والتنسيق ورضا المريض والجودة وربما النتائج، ومن ثم يكون ذلك مرغوباً لبعض المرضى ذوي الحالات المعقّدة وغيرهم ممن تحدّدهم المؤسسة. ويحتاج هذا الشخص إلى التعاون والتواصل مع مقدّمي الرعاية الآخرين.

عندما ينتقل المريض من مرحلة من مراحل العلاج إلى أخرى (على سبيل المثال، من الجراحة إلى التأهيل)، يمكن أن يتغيّر الشخص المسؤول عن المريض أو يمكن أو يواصل الشخص نفسه الإشراف على المريض.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.2.1

- ☐ 1. تحديد الشخص المسؤول عن رعاية المريض (انظر أيضاً PFR.6.1، العنصر المقيس 6).
- ☐ 2. أن يكون هذا الشخص مؤهّلاً للاضطلاع بمسؤولية رعاية المريض.
- ☐ 3. أن يكون هذا الشخص معروفاً من العاملين في المؤسسة.

التخريج والإحالة والمتابعة

المعيار

ACC.3 وجود سياسة توجّه الإحالة الملائمة للمرضى أو تخريجهم.

نية المعيار ACC.3

يستند تخريج المريض أو إحالته إلى اختصاصي بالرعاية الصحية خارج المؤسسة أو إلى مكان آخر للرعاية أو البيت أو العائلة إلى وضع المريض الصحي والحاجة إلى استمرار الرعاية أو الخدمات. ويحدّد طبيب المريض أو الشخص المسؤول عن رعايته استعداده للتخريج. ويمكن أيضاً استخدام المعايير لبيان متى يكون المريض جاهزاً للتخريج. وقد يعني استمرار الاحتياجات الإحالة (انظر المسرد أيضاً) إلى طبيب اختصاصي، أو معالج تأهيلي، أو يمكن أن تحتاج الصحة الوقائية إلى تنسيق في البيت من قبل العائلة. وثمة حاجة إلى عملية منظمة لضمان تلبية الاحتياجات المستمرة من قبل اختصاصيين ملائمين في الرعاية الصحية أو مؤسسات خارجية. وتشمل العملية إحالة المرضى إلى مصادر الرعاية

خارج المنطقة عند الضرورة. تبدأ المؤسسة بالتخطيط لتلبية الاحتياجات المستمرة في وقت مبكّر قدر الإمكان عندما يشار بذلك. وتشرك العائلة في عملية التخطيط للتخريج وفق ما يلائم المريض واحتياجاته.

عندما تسمح المؤسسة للمرضى بمغادرة المستشفى مدة من الزمن، كما في عطلة نهاية الأسبوع، يكون هناك سياسة أو أجراء يوجّه هذه العملية.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.3

- ☐ 1. وجود سياسة توجّه إحالة المرضى و/أو تخريجهم بشكل ملائم.
- ☐ 2. استناد الإحالة و/أو التخريج إلى احتياجات المريض لاستمرار الرعاية (انظر أيضاً، AOP.1.8.1، العنصر المقيس 1 وGLD.6.1، العنصر المقيس 3).
- ☐ 3. تحديد استعداد المريض للتخريج.
- ☐ 4. بدء التخطيط للإحالة و/أو التخريج في وقت مبكّر من عملية الرعاية، عندما يكون ذلك ملائماً، وإشراك العائلة في ذلك (انظر أيضاً AOP.1.8.1، العنصر المقيس 2).
- ☐ 5. إحالة المرضى و/أو تخريجهم بطريقة ملائمة.
- ☐ 6. وجود سياسة للمؤسسة توجّه السماح بخروج المرضى مدّة محدّدة من الوقت.

المعيار

ACC.3.1 تتعاون المؤسسة مع ممارسي الرعاية الصحية والهيئات الخارجية لضمان أن تكون الإحالات ملائمة وفي وقتها المناسب.

نية المعيار ACC.3.1

إنّ تحويل المريض في الوقت المناسب إلى طبيب أو مؤسسة أو هيئة يمكن أن تلبي احتياجاته المستمرّة على أفضل وجه يحتاج إلى تخطيط. والمؤسسات تصبح مع الوقت على اطلاع على مقدّمي الرعاية الصحية في مجتمعها بحيث تدرك أنواع المرضى المعالجين والخدمات المقدّمة، وتقيم علاقات رسمية أو غير رسمية مع مقدّمي الرعاية. وعندما يأتي المرضى من مجتمع آخر، تسعى المؤسسة إلى أن تكون الإحالة إلى شخص أو هيئة مؤهّلة في مجتمع المريض نفسه.

وربما يحتاج المرضى إلى خدمات الدعم والخدمات الطبية عند التخريج. على سبيل المثال، قد يحتاج المرضى إلى دعم اجتماعي أو غذائي (انظر المسرد أيضاً) أو مالي أو نفسي أو سواه عند التخريج. وقد يحدّد توافر هذه الخدمات الداعمة واستخدامها الفعلي الحاجة إلى استمرار الخدمات الطبية إلى حد كبير. وتنظر عملية التخطيط للتخريج في نوع خدمة الدعم اللازمة وتوافر مثل هذه الخدمات.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.3.1

- ☐ 1. أن تنظر عملية التخطيط للتخريج في الحاجة إلى خدمات الدعم واستمرار الخدمات الطبية.
- ☐ 2. أن تحدّد المؤسسة مقدّمي الرعاية الصحية والمؤسسات والأفراد في مجتمعها الأكثر ارتباطاً بخدمات المؤسسة وجمهور المرضى. (انظر أيضاً PFE.3، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. أن تكون الإحالات خارج المؤسسة إلى أشخاص أو هيئات في مجتمع المريض ما أمكن ذلك.
- ☐ 4. أن تتمّ الإحالات إلى خدمات الدعم عندما يكون ذلك ممكناً.

المعيار

ACC.3.2 احتواء سجلات المرضى على نسخة عن موجز التخريج.

نية المعيار ACC.3.2

إعداد خلاصة لرعاية المريض عند تخريجه من المؤسسة. ويستطيع أي شخص مؤهّل وضع خلاصة التخريج (انظر المسرد أيضاً) مثل طبيب المريض أو مسؤول طبي عن الموقع أو موظف كتابي.

تشمل الخلاصة ما يلي:

أ. سبب الإدخال

ب. نتائج الفحص السريري المهمة وغيرها

ج. التشخيصات والأمراض المشتركة المهمة

د. الإجراءات التشخيصية والعلاجية المطبقّة

هـ الأدوية والمعالجات الأخرى المهمة

و. حالة المريض عند تخريجه

ز. الأدوية المعطاة عند التخريج وكل الأدوية التي تحمل إلى البيت

ح. تعليمات المتابعة

بما أنّ هذه المواد توجد في خلاصة تخريج المرضى، فإنّها تعطى درجة عن كل سجل باعتبارها العنصر المقيس رقم 2.

توضع نسخة خلاصة التخريج في سجل المريض (انظر المسرد أيضاً). وتعطى نسخة إلى المريض، وإلى عائلته، عندما يكون مناسباً، عندما تقضي بذلك سياسة المؤسسة أو الممارسة الشائعة المنسجمة مع القانون والثقافة. وتقدّم نسخة من خلاصة التخريج أيضاً إلى الطبيب الذي سيكون مسؤولاً عن استمرار رعاية المريض أو متابعته.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.3.2

- ☐ 1. إعداد خلاصة تخريج للمريض من قبل شخص مؤهّل.
- ☐ 2. احتواء كل خلاصات التخريج على البنود أ إلى ح المحدّدة في النية.
- ☐ 3. احتواء الخلاصة على تعليمات المتابعة
- ☐ 4. وضع نسخة من خلاصة التخريج في سجل المريض.
- ☐ 5. إعطاء نسخة من خلاصة التخريج إلى المريض ما لم يكن ذلك مخالفاً لسياسة المؤسسة أو القوانين أو الثقافة.
- ☐ 6. تقديم نسخة من خلاصة التخريج إلى الطبيب المسؤول عن استمرار رعاية المريض أو متابعته.

المعيار

ACC.3.3 إعطاء المرضى، وعائلاتهم عندما يكون مناسباً، تعليمات واضحة للمتابعة عند الإحالة أو التخريج.

نية المعيار ACC.3.3

فيما يتعلّق بالمرضى الذين لا يحالون أو ينقلون إلى مقدّم رعاية آخر بصورة مباشرة، من الضروري إعطاء تعليمات واضحة بشأن أين يتمّ تلقّي الرعاية المستمرّة وكيف لضمان تحقيق النتائج المثلى للرعاية والوفاء بكل احتياجاتها. وتشمل التعليمات اسم وموقع مكان متابعة الرعاية، وأي عودة إلى المؤسسة للمتابعة، ومتى يجب الحصول على الرعاية العاجلة. تشرك العائلات في العملية عندما تحول حالة المريض أو قدراته دون أن يفهم تعليمات المتابعة. وتشرك العائلات أيضاً عندما تؤدي دوراً في عملية استمرار الرعاية.

تقدّم المؤسسة التعليمات إلى المريض، وإلى عائلته عند الاقتضاء، بطريقة بسيطة ومفهومة. وتقدّم التعليمات خطياً أو بالشكل الذي يفهمه المريض.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.3.3

- ☐ 1. تقديم تعليمات المتابعة بالشكل أو الطريقة التي يفهمها المريض.
- ☐ 2. أن تشمل التعليمات أي عودة إلى متابعة الرعاية.
- ☐ 3. أن تشمل التعليمات متى يتمّ الحصول على الرعاية العاجلة.
- ☐ 4. تقديم التعليمات إلى العائلات أيضاً وفق ما تقتضي حالة المريض.

المعيار

ACC.4 وجود سياسة توجّه الإحالة الملائمة للمرضى إلى مؤسسة أخرى للوفاء باحتياجات استمرار رعايتهم.

نية المعيار ACC.4

يستند تحويل مريض إلى مؤسسة خارجية إلى وضع المريض والحاجة إلى استمرار خدمات الرعاية الصحية. وقد يكون التحويل استجابة لحاجة المريض إلى استشارة وعلاج متخصّصين، أو خدمات عاجلة، أو خدمات أقل تركيزاً مثل العناية دون الحادة أو التأهيل الطويل المدى. وعلى آلية الإحالة التثبّت من أنّ المؤسسات الخارجية تلبّي كل الاحتياجات المستمرة. وتتعامل مثل هذه الآلية مع

- كيف تحول المسؤولية بين مقدمي الرعاية والأماكن
- المعايير التي تحكم متى يكون التحويل ملائماً
- من المسؤول عن المريض في أثناء التحويل
- ما الذي يتمّ عمله عندما يتعذر التحويل إلى مصدر رعاية آخر

العناصر المقيسة للمعيار ACC.4

- ☐ 1. وجود سياسة توجّه التحويل الملائم للمرضى.
- ☐ 2. استناد التحويل إلى احتياجات المريض لاستمرار الرعاية.
- ☐ 3. تعامل آلية العمل مع تحويل المسؤولية إلى مقدّم رعاية أو مكان آخر.
- ☐ 4. تعامل آلية العمل مع المعايير التي تحدّد متى يكون التحويل ملائماً.
- ☐ 5. تعامل آلية العمل مع من المسؤول في أثناء التحويل.
- ☐ 6. تعامل آلية مع الوضع الذي يتعذر فيه التحويل.
- ☐ 7. تحويل المرضى إلى مؤسسات بشكل ملائم.

المعيار

ACC.4.1 تحدّد المؤسسة المحيلة أنّ المؤسسة المستقبلة تستطيع الوفاء باحتياجات استمرار تقديم الرعاية للمريض.

نيّة المعيار ACC.4.1

عند إحالة المريض إلى مؤسسة أخرى، على المؤسسة المحيلة أن تحدّد إذا كانت المؤسسة المستقبلة تقدّم الخدمات التي تلبي احتياجات المريض ولديها القدرة على استقبال المريض. ويتمّ هذا التحديد عادة مسبقاً، ويوصف الاستعداد لاستقبال المرضى والحالات المحوّلة بارتباطات أو اتفاقات رسمية أو غير رسمية. ويضمن هذا التحديد المسبق استمرارية الرعاية وتلبية احتياجات المريض إلى الرعاية.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.4.1

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة المحيلة أنّ باستطاعة المؤسسة المتقبلة تلبية احتياجات المريض الذي سيتم تحويله.
- ☐ 2. وجود ترتيبات رسمية أو غير رسمية مع المؤسسات المستقبلة عندما يتكرّر تحويل المرضى إلى المؤسسة المتقبلة.

المعيار

ACC.4.2 يقدّم إلى المؤسسة المستقبلة خلاصة خطية عن حالة المريض السريرية والتدخّلات التي قدّمتها المؤسسة المحيلة.

نية المعيار ACC.4.2

لضمان استمرارية الرعاية، تحوّل معلومات المريض مع المريض. وتقدّم نسخة عن خلاصة التخريج أو غيرها من الخلاصات السريرية المكتوبة إلى المؤسسة المستقبلة مع المريض. وتشمل الخلاصة الحالة أو الوضع السريري للمريض، والإجراءات وغيرها من التدخّلات المقدّمة، واحتياجات المريض المستمرّة.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.4.2

☐ 1. تحويل معلومات المريض السريرية مع المريض.
☐ 2. أن تشمل الخلاصة السريرية وضع المريض.
☐ 3. أن تشمل الخلاصة السريرية الإجراءات والتدخّلات الأخرى المقدّمة.
☐ 4. أن تشمل الخلاصة السريرية احتياجات المريض المستمرة.

المعيار

ACC.4.3 يراقب أحد العاملين المؤهّلين حالة المريض في أثناء إحالته.

نية المعيار ACC.4.3

يمكن أن تكون إحالة المريض إلى مؤسسة رعاية صحية بشكل مباشر عملية وجيزة، ويكون المريض فيها يقظاً قادراً على التحدّث، أو يمكن أن تشمل نقل مريض في حالة سبات ويحتاج إلى تمريض أو إشراف طبي مستمرّ. وفي الحالتين، يتطلّب المريض المراقبة (انظر المسرد أيضاً)، لكن مؤهّلات المراقب تختلف اختلافاً كبيراً. وهكذا فإنّ حالة المريض أو وضعه تحدّد المؤهّلات الملائمة لمن يراقب المريض في أثناء تحويله.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.4.3

☐ 1. مراقبة المرضى كافة في أثناء التحويل.
☐ 2. أن تكون مؤهّلات المراقب متلائمة مع حالة المريض.

المعيار

ACC.4.4 توثّق عملية الإحالة في سجل المريض.

نية المعيار ACC.4.4

يحتوي سجل كل مريض محوّل إلى مؤسسة أخرى للرعاية الصحية على توثيق للإحالة. ويشمل التوثيق اسم المؤسسة، واسم الشخص الذي يوافق على استقبال المريض، وأسباب الإحالة، وأي شروط خاصة للإحالة (مثل عندما يسمح بذلك وجود مكان في المؤسسة المستقبلة أو وضع المريض). ويذكر أيضاً إذا كان وضع المريض أو حالته تغيّر في أثناء الإحالة (مثل وفاة المريض أو حاجته إلى الإنعاش). ويضمّ السجل أيضاً أي وثائق أخرى تتطلّبها سياسة المؤسسة (مثل توقيع المرّض أو الطبيب المستقبل، واسم من راقب المريض في أثناء نقله).

العناصر المقيسة للمعيار ACC.4.4

☐ 1. أن تلحظ سجلات المرضى المحوّلين اسم مؤسسة الرعاية الصحية واسم الشخص الذي وافق على استقبال المريض.
☐ 2. احتواء سجلات المرضى المحوّلين على ملاحظات أخرى تقتضيها سياسة المؤسسة المحيلة.
☐ 3. أن تلحظ سجلات المرضى المحالين أسباب الإحالة.
☐ 4. أن تلحظ سجلات المرضى المحالين أي شروط خاصة تتعلّق بالإحالة.
☐ 5. أن تلحظ سجلات المرضى المحالين أي تغيّر يطرأ على حالة المريض أو وضعه في أثناء الإحالة.

المواصلات

المعيار

ACC.5 تنظر عملية إحالة المريض أو نقله أو تخريجه في احتياجات المواصلات.

ملاحظة: المعيار ACC.5 ينطبق على كل المؤسسات.

نيّة المعيار ACC.5

تنظر آلية عمل المؤسسة الخاصة بإحالة المرضى أو نقلهم أو تخريجهم في احتياجات المواصلات. وتتوقّف حاجة المؤسسة إلى تقديم وسيلة المواصلات أو ترتيبها أو الاتصال بعائلة المريض أو أصدقائه من أجل تأمين المواصلات على حالة المريض أو وضعه.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.5

- ☐ 1. أن تنظر آلية إحالة المرضى في احتياجات المواصلات.
- ☐ 2. أن تنظر آلية نقل المرضى في احتياجات المواصلات.
- ☐ 3. أن تنظر آلية تخريج المرضى في احتياجات المواصلات.
- ☐ 4. تلاؤم المواصلات مع احتياجات المريض.

المعيار

ACC.6 تلبّي خدمات النقل الطبّي القوانين والأنظمة ذات الصلة ومتطلّبات الترخيص.

ملاحظة : لا ينطبق المعياران ACC.6 و ACC.6.1 إلا على المؤسسات التي تمتلك خدمة نقل طبي وتديرها.

نية المعيار ACC.6

تلبي المؤسسات التي تمتلك أو تدير خدمات نقل، عاجل وغير عاجل على السواء، القوانين والأنظمة ذات الصلة ومتطلّبات الترخيص (انظر المسرد أيضاً). وقد تتصل هذه القوانين والأنظمة بمستوى العاملين لكل أنواع النقل العاجل، مثل مطلب وجود طبيب في أثناء نقل أنواع محدّدة من المرضى الطبيين. وقد تحدّد القوانين صيانة المركبات ومؤهّلات السائقين والفنيّين الطبيين في الحالات الطارئة إلخ. وعندما يكون هناك آلية ترخيص لخدمات النقل الطبي، تكون عملية المؤسسة مرخّصة.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.6

- ☐ 1. أن تلبي خدمة النقل الطبي القوانين والأنظمة ذات الصلة.
- ☐ 2. حصول خدمة النقل الطبية على ترخيص عندما يكون ذلك مطلوباً.

المعيار

ACC.6.1 تقدّم خدمات النقل الطبّي عبر آلية عمل جيدة الإدارة تضمن سلامة المريض والعاملين وجودة خدمات النقل.

نية المعيار ACC.6.1

تضمن المؤسسة تكامل خدمات النقل الطبي مع برنامج الجودة والسلامة وتكامله بشكل ملائم مع هيكل إدارة المؤسسة. ويكون ذلك ملحوظاً بما يلي :

- قيام شخص مؤهّل بإدارة تشغيل خدمات النقل.
- وجود إشراف طبي على أي تقييم للمرضى وخدمات طبية تقدّم في أثناء النقل.
- خضوع جودة وسلامة خدمات النقل للمراقبة وإدخالها في آلية مراقبة الجودة والسلامة في المؤسسة وتحسينها.
- قيام أشخاص مؤهّلين بفرز المرضى وضمان إرسال وسيلة المواصلات الملائمة لاحتياجات المريض.
- وجود برنامج منتظم للفحص والصيانة الوقائية لكل مركبات النقل.
- إدخال برنامج النقل في نطاق برنامج المؤسسة لتجنّب العدوى والسيطرة عليها، بما في ذلك تعرّض العاملين والمرضى للعوامل البيولوجية والكيمائية.
- احترام حقوق المريض في أثناء النقل.

العناصر المقيسة للمعيار ACC.6.1

- ☐ 1. قيام شخص مؤهّل بإدارة تشغيل خدمات النقل.
- ☐ 2. وجود إشراف طبي على أي تقييم للمرضى وخدمات طبية تقدّم في أثناء النقل.
- ☐ 3. خضوع جودة وسلامة خدمات النقل للمراقبة وإدخالها في آلية مراقبة الجودة والسلامة في المؤسسة وتحسينها.
- ☐ 4. قيام أشخاص مؤهّلين بفرز المرضى وضمان إرسال وسيلة المواصلات الملائمة لاحتياجات المريض.
- ☐ 5. وجود برنامج منتظم للفحص والصيانة الوقائية لكل مركبات النقل.
- ☐ 6. إدخال برنامج النقل في نطاق برنامج المؤسسة لتجنّب العدوى والسيطرة عليها، بما في ذلك تعرّض العاملين والمرضى للعوامل البيولوجية والكيميائية.
- ☐ 7. احترام حقوق المريض في أثناء النقل.

◥ حقوق المريض وعائلته (PFR)

نظرة عامة

يعتبر المريض فريداً في احتياجاته ومواطن قوته وقيمه ومعتقداته. وتعمل مؤسسات الرعاية الصحية على نيل ثقة المرضى وفتح قنوات التواصل معهم وفهم ثقافة كل مريض وقيمه النفسية الاجتماعية والروحية وحمايتها.

تتحسّن نتائج رعاية (انظر المسرد أيضاً) المريض عندما يشرك المرضى وأسرهم أو من يتخذ القرار عنهم، عندما يكون ذلك ملائماً، في قرارات وعمليات الرعاية بطريقة تنسجم مع التوقّعات الثقافية.

لتعزيز حقوق المرضى في مؤسسات الرعاية الصحية، يبدأ المرء بتحديد تلك الحقوق، ثم تثقيف المرضى والعاملين في تلك الحقوق. ويبلّغ المرضى بحقوقهم وكيف يتعاملون معها. ويعلّم العاملون كيف يفهمون معتقدات المرضى وقيمهم ويقدّمون الرعاية التي تقدّر مشاعرهم وتحترمهم وتحمي كرامتهم.

يتعامل هذا الفصل مع عمليات

- تحديد حقوق المرضى وحمايتها وتعزيزها
- إبلاغ المرضى عن حقوقهم
- إشراك عائلة المريض، عندما يكون ذلك ملائماً، في القرارات المتعلّقة برعاية المريض
- الحصول على الموافقة المبنية على المعرفة
- تعليم العاملين عن حقوق المرضى
- وضع الإطار الأخلاقي للمؤسسة

تتوقّف كيفية تنفيذ هذه العمليات في المؤسسة على قوانين أو أنظمة البلد الذي تنتمي إليه والمواثيق أو المعاهدات أو الاتفاقات الدولية الخاصة بحقوق الإنسان التي صدّق عليها.

وتتعلّق هذه العمليات بكيفية تقديم المؤسسة الرعاية الصحية بطريقة عادلة، بالنظر إلى هيكلية نظام تقديم الرعاية الصحية وآليات تمويل الرعاية الصحية في البلد. ويتعامل هذا الفصل أيضاً مع حقوق المرضى وعائلاتهم ذات الصلة بالأبحاث ووهب الأعضاء والأنسجة وغرسها.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

PFR.1 المؤسسة مسؤولة عن تقديم آليات العمل التي تدعم حقوق المرضى وعائلاتهم في أثناء الرعاية.

PFR.1.1 الرعاية تقدّر القيم الشخصية للمرضى ومعتقداتهم وتحترمها.

PFR.1.1.1 لدى المؤسسة آلية عمل للاستجابة إلى طلبات المريض وعائلته للخدمات الرعوية أو الطلبات المماثلة المتعلّقة بمعتقدات المريض الروحية والدينية.

PFR.1.2 تحترم الرعاية حاجة المريض إلى الخصوصية.

PFR.1.3 تتخذ المؤسسة التدابير لحماية ممتلكات المريض من السرقة أو الضياع.

PFR.1.4 تقدّم الحماية للمرضى من الاعتداءات البدنية.

PFR.1.5 يتلقّى الأطفال والعجزة والمسنّون وغيرهم من الأفراد المعرّضين للخطر الحماية الملائمة.

PFR.1.6 تحظى معلومات المريض بالسرية.

PFR.2 تدعم المؤسسة حقوق المرضى وعائلاتهم بالمشاركة في عملية الرعاية.

PFR.2.1 تعلم المؤسسة المرضى وعائلاتهم كيف سيبلغون بالشروط الطبية وأي تشخيص مؤكّد، وكيف سيبلغون بأي رعاية ومعالجة مخططة، وكيف يمكن أن يشاركوا في قرارات الرعاية بقدر ما يرغبون.

PFR.2.1.1 تُعلم المؤسسة المرضى وعائلاتهم كيف سيبلغون عن نتائج الرعاية والعلاج، بما في ذلك النتائج غير المتوقّعة ومن سيبلغها.

PFR.2.2 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن حقوقهم ومسؤولياتهم المتعلّقة برفض المعالجة أو وقفها.

PFR.2.3 تحترم المؤسسة رغبات المرضى وتفضيلهم الامتناع عن تلقي الخدمات الإنعاشية والتخلي عن المعالجات المحافظة على الحياة.

PFR.2.4 تدعم المؤسسة حقّ المريض بالتقييم والتدبير الملائمين للألم.

PFR.2.5 تدعم المؤسسة حقّ المريض بالرعاية المحترمة والرحيمة في آخر العمر.

PFR.3 تبلّغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن عملية استقبال الشكاوى والنزاعات واختلافات الرأي بشأن رعاية المريض والتعامل معها وحقّ المريض في المشاركة في هذه العمليات.

PFR.4 يكون العاملون مطلعين على دورهم في تحديد قيم المرضى ومعتقداتهم وحماية حقوق المرضى.

PFR.5 يبلّغ كل المرضى بحقوقهم بالطريقة التي يفهمونها.

PFR.6 يتمّ الحصول على موافقة المرضى الرشيدة من خلال آلية عمل تحدّدها المؤسسة وينفّذها عاملون مدرّبون.

PFR.6.1 يتلقى المرضى وعائلاتهم معلومات كافية عن المرض والمعالجات المقترحة ومقدّمي الرعاية بحيث يمكنهم اتخاذ القرارات.

PFR.6.2 تضع المؤسسة آلية عمل، في إطار القانون والثقافة القائمين، تتعلّق بمتى يمكن أن يمنح الآخرون الموافقة.

PFR.6.3 تكون الموافقة العامة على العلاج، إذا تمّ الحصول عليها عندما يدخل المريض كمريض داخلي أو يسجّل للمرة الأولى كمريض خارجي، واضحة في مجالها وحدودها.

PFR.6.4 يتمّ الحصول على الموافقة الرشيدة قبل الجراحة واستخدام الدم ومنتجات الدم وغير ذلك من المعالجات والإجراءات العالية المخاطر.

PFR.6.4.1 تسرد المؤسسة أصناف أنواع المعالجات والإجراءات التي تتطلّب موافقة رشيدة محدّدة.

PFR.7 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية مشاركة في الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية التي تجرى على البشر.

PFR.7.1 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية حماية المرضى الذين يختارون المشاركة في الأبحاث أو التحريات أو الاختبارات السريرية.

PFR.8 يتمّ الحصول على الموافقة الرشيدة قبل مشاركة المريض في الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية.

PFR.9 يوجد في المؤسسة لجنة أو طريقة أخرى للإشراف على كل الأبحاث التي تجريها المؤسسة على البشر.

PFR.10 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية اختيار وهب الأعضاء وغيرها من الأنسجة.

PFR.11 تشرف المؤسسة على جمع الأعضاء والأنسجة وغرسها.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

المعيار

PFR.1 المؤسسة مسؤولة عن تقديم آليات العمل التي تدعم حقوق المرضى وعائلاتهم في أثناء الرعاية.

نية المعيار PFR.1

يكون قادة المؤسسة مسؤولين بشكل أساسي عن كيفية قيام المؤسسة بمعالجة مرضاها. وهكذا يحتاج القادة إلى معرفة حقوق المرضى وعائلاتهم ومسؤوليات مؤسستهم كما تحدّدها القوانين والأنظمة وفهمها. وبعد ذلك يقدّم القادة التوجيه لضمان اضطلاع العاملين في المؤسسة بأكملها بمسؤولياتهم في حماية هذه الحقوق. ولحماية حقوق المرضى بشكل فعّال وإعلائها، يعمل القادة بشكل تعاوني ويسعون لفهم مسؤولياتهم فيما يتعلّق بالمجتمع الذي تخدمه المؤسسة.

تحترم المؤسسة حق المرضى، وفي بعض الظروف حق عائلة المريض، في أن يكون له امتياز تحديد ما هي المعلومات المتعلّقة برعايته التي تقدّم إلى العائلة أو الآخرين، وفي أي ظروف. على سبيل المثال، ربما لا يرغب المريض في تشارك تشخيص ما مع عائلته.

حقوق المريض وعائلته عنصر جوهري لكل الاتصالات بين المؤسسة والعاملين فيها والمرضى والعائلات. ومن ثم توضع السياسات والإجراءات وتنفّذ لضمان إدراك كل العاملين لقضايا حقوق المرضى وعائلاتهم والاستجابة إليها عندما يتفاعلون مع المرضى ويرعونهم في كل أنحاء المؤسسة. وتستخدم المؤسسة آلية عمل تعاونية وشاملة لوضع السياسات والإجراءات وإشراك المرضى وعائلاتهم في الآلية، متى كان ذلك ملائماً. (انظر أيضاً ACC.6.1، العنصر المقيس 7).

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1

- ☐ 1. أن يعمل قادة المؤسسة بشكل تعاوني لحماية حقوق المريض وعائلته وإعلائها.
- ☐ 2. إدراك القادة حقوق المرضى وعائلاتهم كما تحدّدها القوانين والأنظمة وفيما يتعلّق بالمجتمع الذي تخدمه.
- ☐ 3. احترام المؤسسة حقوق المرضى، وفي بعض الظروف حقّ عائلات المرضى، في أن يكون لهم امتياز تحديد ما هي المعلومات المتعلّقة برعايتهم التي تقدّم إلى العائلة وسواها، وفي أي ظروف.
- ☐ 4. اطلاع العاملين على السياسات والإجراءات المتعلّقة بحقوق المرضى وقدرتهم على شرح مسؤولياتهم في حماية حقوق المرضى.
- ☐ 5. أن توجّه السياسات والإجراءات حقوق المرضى والعائلات في المؤسسة ودعمها.

المعياران

PFR.1.1 الرعاية تقدّر القيم الشخصية للمرضى ومعتقداتهم وتحترمها.

PFR.1.1.1 لدى المؤسسة آلية عمل للاستجابة إلى طلبات المريض وعائلته للخدمات الرعوية أو الطلبات المماثلة المتعلّقة بمعتقدات المريض الروحية والدينية.

نية المعيارين PFR.1.1 وPFR.1.1.1

يحضر كل مريض قيمه ومعتقداته إلى عملية الرعاية. تكون بعض القيم والمعتقدات شائعة بين كل المرضى وغالباً ما يكون أصلها ثقافي وديني. وتكون القيم والمعتقدات الأخرى خاصة بالمريض وحده. يشجع المرضى على التعبير عن معتقداتهم بطرق تحترم معتقدات الآخرين.

يمكن أن تصيغ القيم والمعتقدات القوية عملية الرعاية وكيفية استجابة المرضى للعلاج. ومن ثم يسعى كل مقدّم للرعاية إلى فهم الرعاية والخدمات التي يقدمونها في إطار قيم المريض ومعتقداته.

عندما يرغب المريض أو عائلته في التحدّث إلى أحد ذي علاقة بالاحتياجات الدينية أو الروحية، يوجد لدى المؤسسة آلية عمل للاستجابة إلى الطلب. ويمكن أن تنفّذ آلية العمل عبر العاملين الدينيين في الموقع، أو المصادر المحلية، أو المصادر التي تحيل العائلة إليها. وتكون عملية الاستجابة أكثر تعقيداً مثلاً عندما لا "تعترف" المؤسسة أو البلد بشكل رسمي بدين أو معتقد ما و/أو المصادر المتعلّقة به التي قد تطلب.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.1

☐ 1. وجود آلية عمل لتحديد قيم المريض، وعائلته عندما ينطبق ذلك، ومعتقداته واحترامها (انظر أيضاً PFE.2.1، العنصر المقيس 2 وCOP.7، العنصر المقيس 1).
☐ 2. استخدام العاملين آلية العمل وتقديم الرعاية التي تحترم قيم المريض ومعتقداته.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.1.1

☐ 1. وجود آلية عمل في المؤسسة مصمّمة للاستجابة إلى الطلبات الروتينية والمعقّدة ذات الصلة بالدعم الديني والروحي.
☐ 2. استجابة المؤسسة إلى طلبات الدعم الديني والروحي.

المعيار

PFR.1.2 تحترم الرعاية حاجة المريض إلى الخصوصية.

نية المعيار PFR.1.2

تحظى خصوصية المريض، لا سيما في أثناء المقابلات السريرية والفحوصات والإجراءات/المعالجات والنقل بأهمية كبيرة. وربما يرغب المرضى في الخصوصية عن العاملين والمرضى وحتى أفراد العائلة الآخرين. كما يمكن أن لا يرغب المرضى في التقاط صور لهم أو تسجيل أحاديثهم أو المشاركة في أي مقابلات خاصة بالاعتماد. (انظر أيضاً المسرد). وعلى الرغم من وجود بعض المقاربات الشائعة لتوفير الخصوصية لكل المرضى، فقد يكون لبعض المرضى توقّعات واحتياجات مختلفة أو إضافية تتعلّق بالخصوصية تبعاً للموقف، وقد تتغيّر هذه التوقّعات والاحتياجات مع الوقت. وهكذا على العاملين في أثناء تقديم الرعاية والخدمات إلى المرضى الاستفسار عن احتياجات المريض الخصوصية وتوقّعاته ذات الصلة بالرعاية أو الخدمة. ويبني هذا الاتصال بين العامل ومريضه الثقة ويفتح التواصل بينهما ولا حاجة إلى توثيقه.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.2

☐ 1. أن يحدّد العاملون توقّعات المرضى واحتياجاتهم ذات الصلة الخصوصية في أثناء الرعاية والعلاج. (انظر أيضاً PFR.2.5).
☐ 2. احترام احتياج المريض المعبّر عنه للخصوصية في كل المقابلات السريرية والفحوصات والإجراءات/المعالجات والنقل.

المعيار

PFR.1.3 تتخذ المؤسسة التدابير لحماية ممتلكات المريض من السرقة أو الضياع.

نية المعيار PFR.1.3

تعلن المؤسسة مسؤوليتها، إذا كانت مسؤولة، عن ممتلكات المرضى وعائلاتهم. عندما تتحمّل المؤسسة المسؤولية عن أي من الممتلكات الشخصية التي يحضرها المريض معه إلى المؤسسة، يكون هناك آلية تضمن الممتلكات وتضمن عدم فقدانها أو سرقتها. وتنظر هذه العملية في ممتلكات مرضى الحالات الطارئة، ومرضى اليوم الواحد، والمرضى الداخليين (انظر المسرد أيضاً)، والمرضى غير القادرين على اتخاذ ترتيبات بديلة لحراسة الممتلكات، وغير القادرين على اتخاذ قرارات فيما يتعلّق بممتلكاتهم.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.3

☐ 1. أن تحدّد المؤسسة مستوى مسؤوليتها عن ممتلكات المرضى.
☐ 2. أن يتلقّى المرضى معلومات عن مسؤولية المؤسسة عن حماية الممتلكات الشخصية.
☐ 3. صيانة ممتلكات المرضى عندما تتولى المؤسسة المسؤولية أو عندما يكون المريض عاجزاً عن تولّي المسؤولية.

المعيار

PFR.1.4 تقدّم الحماية للمرضى من الاعتداءات البدنية.

نية المعيار PFR.1.4

تكون المؤسسة مسؤولة عن حماية المرضى من اعتداء الزوار والمرضى الآخرين والعاملين عليهم بدنياً. وتتصل هذه المسؤولية على وجه الخصوص بالرضع والأطفال، والمسنّين وغيرهم من العاجزين عن حماية أنفسهم أو طلب المساعدة. وتسعى المؤسسة إلى تجنّب الاعتداء من خلال عمليات مثل المستقصين في المرفق دون تحديد هويتهم، ومراقبة (انظر المسرد أيضاً) الأماكن البعيدة أو المنعزلة من المرفق، والاستجابة بسرعة لمساعدة من يعتقد أنّهم معرّضون لخطر الاعتداء.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.4

- ☐ 1. وجود آلية عمل لدى المؤسسة لحماية المرضى من الاعتداء.
- ☐ 2. تعامل هذه الآلية مع الرضّع والأطفال والمسنّين وسواهم من غير القادرين على حماية أنفسهم.
- ☐ 3. تحرّي الأشخاص غير المعروفي الهوية.
- ☐ 4. مراقبة الأماكن البعيدة أو المنعزلة عن المرفق.

المعيار

PFR.1.5 يتلقّى الأطفال والعجزة والمسنّون وغيرهم من الأفراد المعرّضين للخطر الحماية الملائمة.

نية المعيار PFR.1.5

تحدّد كل مؤسسة فئات المرضى المعرّضين للخطر لديها وتضع آليات عمل لحماية حقوق أفراد هذه الفئات. ويمكن أن تحدّد القوانين والأنظمة فئات المرضى المعرّضين للخطر ومسؤولية المؤسسة. ويكون العاملون على اطلاع على مسؤولياتهم في هذه الآليات. وتتمّ حماية الأطفال والعاجزين والمسنّين وسواهم من الفئات المعرّضة للخطر. وتشمل هذه الفئات أيضاً المرضى المصابون بالسبات أو باضطرابات عقلية أو عاطفية. وتتجاوز هذه الحماية الاعتداء البدني إلى مجالات سلامة أخرى مثل الحماية من إساءة المعاملة أو إهمال الرعاية أو عدم تقديم الخدمات أو المساعدة في حالة وقوع حريق.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.5

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة فئات المرضى المعرّضين للخطر (انظر أيضاً COP.3.1 إلى COP.3.9).
- ☐ 2. تقديم الحماية للأطفال والعاجزين والمسنّين وسواهم ممن تحدّدهم المؤسسة. (انظر أيضاً COP.3.8).
- ☐ 3. أن يدرك العاملون مسؤولياتهم في آليات الحماية.

المعيار

PFR.1.6 تحظى معلومات المريض بالسرية.

نية المعيار PFR.1.6

تفيد المعلومات الطبية والصحية الأخرى، عند توثيقها وجمعها، في فهم المريض واحتياجاته وتقديم الرعاية والخدمات له مع الوقت. وقد تكون هذه المعلومات على الورق أو في صيغة إلكترونية أو في ائتلاف من الاثنين. تحترم المؤسسة هذه المعلومات باعتبارها سرية وتنفذ سياسات وإجراءات لحمايتها من الفقدان أو إساءة الاستخدام. وتعكس السياسات والإجراءات المعلومات التي يفصح عنها وفق ما تتطلّبه القوانين والإجراءات.

يحترم العاملون أسرار المرضى (انظر المسرد أيضاً) بعدم تعليق معلومات سرية على باب المريض أو في مركز التمريض وبعدم مناقشة ما يتعلّق بالمريض في الأماكن العامة. ويدرك العاملون القوانين والأنظمة التي تحكم سرية المعلومات ويبلغون المريض عن كيفية احترام المؤسسة سرية المعلومات. ويبلغ المرضى أيضاً متى يمكن أن تذاع المعلومات وفي أي ظروف وكيف يتم الحصول على إذن منهم.

يوجد لدى المؤسسة سياسة تحدّد إذا كان المرضى يستطيعون الحصول على معلومات عن حالتهم الصحية وعملية الوصول إليها عند السماح بذلك (انظر أيضاً MCI.10، العنصر المقيس 4 وMCI.16).

العناصر المقيسة للمعيار PFR.1.6

☐ 1. إبلاغ المرضى عن كيفية المحافظة على سرية معلوماتهم وعن القوانين والأنظمة التي تتطلب الإفصاح عن المعلومات عن المرضى و/أو تتطلّب سريتها.

☐ 2. الطلب من المرضى منح الإذن بالإفصاح عن المعلومات التي لا يشملها القانون والنظام.

☐ 3. احترام المؤسسة المعلومات الصحية المريض باعتبارها سرية.

المعيار

PFR.2 تدعم المؤسسة حقوق المرضى وعائلاتهم بالمشاركة في عملية الرعاية.

نية المعيار PFR.2

يشارك المرضى وعائلاتهم في عملية الرعاية باتخاذ القرارات بشأن الرعاية وطرح الأسئلة عنها وحتى رفض الإجراءات التشخيصية والمعالجة. وتدعم المؤسسة وتعزّز ضلوع المرضى وعائلاتهم في كل نواحي الرعاية بوضع السياسات والإجراءات ذات الصلة وتنفيذها. ويدرّب كل العاملين على السياسات والإجراءات ودورهم في دعم حقوق المرضى وعائلاتهم في المشاركة في عملية الرعاية.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2

☐ 1. وضع سياسات وإجراءات لدعم مشاركة المرضى وعائلاتهم في عمليات الرعاية وتعزيزها. (انظر أيضاً COP.7.2، العنصر المقيس 5، وPFE.2، العنصر المقيس 5، وPFE.5، العنصر المقيس 2، وACC.2، العنصر المقيس 4، وACC.3، العنصر المقيس 2).

☐ 2. وضع السياسات والإجراءات جهد تعاوني يشمل الإدارة والعاملين السريريين.

☐ 3. تدريب العاملين على السياسات والإجراءات ودورهم في دعم مشاركة المرضى وعائلاتهم في عمليات الرعاية.

المعيار

PFR.2.1 تعلم المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية إبلاغهم بالشروط الطبية وأي تشخيص مؤكّد، وكيفية إبلاغهم بأي رعاية ومعالجة مخططة، وكيف يمكن أن يشاركوا في قرارات الرعاية بقدر ما يرغبون.

نية المعيار PFR.2.1

لكي يشارك المرضى وعائلاتهم في قرارات الرعاية، فإنّهم يحتاجون إلى معلومات أساسية عن الأوضاع الصحية التي وجدت في أثناء التقييم، بما في ذلك أي تشخيص مؤكّد عند الاقتضاء، وعن الرعاية والمعالجة المقترحتين. ويعرف المرضى وعائلاتهم متى يبلّغون بهذه المعلومات ومن المسؤول عن إبلاغهم بها. ويدرك المرضى وعائلاتهم أنواع القرارات التي يجب أن تتخذ بشأن الرعاية وكيفية المشاركة في تلك القرارات. كما أنّ على المرضى وعائلاتهم أن يعرفوا آلية عمل المؤسسة في الحصول على موافقتهم، وما هي عمليات الرعاية والاختبارات والإجراءات والمعالجات التي تتطلّب موافقتهم.

على الرغم من أنّ بعض المرضى قد لا يرغبون في أن يعرفوا شخصياً عن تشخيص مؤكّد أو يشاركوا في القرارات المتعلّقة برعايتهم، فإنّ الفرصة تقدّم إليهم وبإمكانهم أن يختاروا المشاركة عبر أحد أفراد العائلة أو صديق ما أو متخذ قرار بديل.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.1

- ☐ 1. إدراك المرضى وعائلاتهم كيف ومتى يبلّغون بالشروط الطبية وأي تشخيص مؤكّد عند الاقتضاء. (انظر أيضاً AOP.4.1، العنصر المقيس 2، وPFE.2، العنصر المقيس 6).
- ☐ 2. إدراك المرضى وعائلاتهم كيف ومتى سيبلغون عن الرعاية والمعالجة المزمعة. (انظر أيضاً AOP.4.1، العنصر المقيس 2، ACC.2، العنصر المقيس 4).
- ☐ 3. إدراك المرضى وعائلاتهم متى تطلب موافقتهم والآلية المستخدمة لتقديم الموافقة. (انظر أيضاً PFE.2، العنصر المقيس 4).
- ☐ 4. إدراك المرضى وعائلاتهم حقهم في المشاركة في قرارات الرعاية بالقدر الذي يرغبون فيه. (انظر PRF.2، والعنصر المقيس 1، AOP.4.1، والعنصر المقيس 3، COP.7.2، العنصر المقيس 5، وACC.3، العنصر المقيس 4، وPFE.2، العنصر المقيس 7).

المعيار

PFR.2.1.1 تُعلم المؤسسة المرضى وعائلاتهم كيف سيبلغون عن نتائج الرعاية والعلاج، بما في ذلك النتائج غير المتوقّعة ومن سيبلغها.

نية المعيار PFR.2.1.1

في أثناء عملية الرعاية، يكون للمرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء، الحقّ في أن يبلّغوا بنتائج الرعاية والمعالجة المزمعة. ومن المهم أيضاً أن يبلّغوا عن أي نتيجة غير متوقّعة للرعاية والمعالجة، مثل الأحداث غير المتوقّعة في أثناء الجراحة أو للأدوية الموصوفة أو المعالجات الأخرى. ويجب أن يتضح للمريض كيف سيبلّغ ومن سيبلغه عن النتائج المتوقّعة وغير المتوقّعة.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.1.1

- ☐ 1. إدراك المرضى وعائلاتهم كيف سيبلغون عن نتائج الرعاية والعلاج ومن سيبلغها. (انظر أيضاً COP.2.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. إدراك المرضى وعائلاتهم كيف سيبلغون عن أي نتائج غير متوقّعة للرعاية والمعالجة ومن سيبلغها. (انظر أيضاً COP.2.4، العنصر المقيس 2).

المعيار

PFR.2.2 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن حقوقهم ومسؤولياتهم المتعلّقة برفض المعالجة أو وقفها.

نية المعيار PFR.2.2

قد يقرّر المرضى أو من يتخذون القرارات عنهم عدم المضي قدماً بالرعاية أو المعالجة أو استمرار الرعاية أو المعالجة بعد بدئها. تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن حقهم في اتخاذ هذه القرارات، والنتائج المحتملة لها، ومسؤوليتهم المتعلقة بها. ويبلغ المرضى وعائلاتهم عن أي بدائل للرعاية والمعالجة.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.2

- ☐ 1. إبلاغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن حقوقهم في رفض المعالجة أو عدم استمرارها.
- ☐ 2. إبلاغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن نتائج مثل هذه القرارات.
- ☐ 3. إبلاغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن مسؤولياتهم المتعلقة بهذه القرارات.
- ☐ 4. إبلاغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن بدائل الرعاية والمعالجة المتاحة.

المعيار

PFR.2.3 تحترم المؤسسة رغبات المرضى وتفضيلهم الامتناع عن تلقي الخدمات الإنعاشية والتخلي عن المعالجات المحافظة على الحياة.

نية المعيار PFR.2.3

إنّ القرارات المتعلّقة بالامتناع عن تلقي الخدمات الإنعاشية والتخلّي عنها أو الانسحاب من المعالجة المديمة للحياة هي من أصعب الخيارات التي تواجه المرضى وعائلاتهم واختصاصيي الرعاية الصحية والمؤسسات. ولا تستطيع أي آلية عمل واحدة توقّع كل الظروف التي يجب اتخاذ مثل هذه القرارات فيها. لذا من المهم أن تضع المؤسسات إطاراً لاتخاذ مثل هذه القرارات الصعبة.

الإطار

- يساعد المؤسسة في تحديد موقفها من هذه القضايا
- يضمن أن يكون موقف المؤسسة منسجماً مع معايير مجتمعها الدينية والثقافية وأي احتياجات قانونية أو تنظيمية، لا سيما عندما لا تكون المتطلبات القانونية للإنعاش منسجمة مع رغبات المريض
- يتعامل مع المواقف التي تعدّل فيها هذه القرارات في أثناء الرعاية
- يوجّه الاختصاصيين الصحيين من خلال القضايا الأخلاقية والقانونية عند تنفيذ مثل هذه الرغبات للمريض

لضمان تطبيق عملية اتخاذ القرار المتصلة بتنفيذ رغبات المريض بشكل متسق، تضع المؤسسة السياسات والإجراءات من خلال آلية عمل تشمل العديد من الاختصاصيين ووجهات النظر. تحدّد السياسات والإجراءات خطوط المساءلة والمسؤولية وكيف توثّق العملية في سجل المريض (انظر المسرد أيضاً).

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.3

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة موقفها من الامتناع عن تقديم الخدمات الإنعاشية أو التخلّي عنها أو التوقّف عن تقديم المعالجات المديمة للحياة.
- ☐ 2. أن ينسجم موقف المؤسسة مع المعايير الدينية والثقافية لمجتمعها وأي متطلّبات قانونية أو تنظيمية.
- ☐ 3. تنفيذ السياسات والإجراءات التي توجّه الآلية التي يبلغ بموجبها المرضى قراراتهم إلى المؤسسة ويعدّلون قراراتهم في أثناء الرعاية.
- ☐ 4. تنفيذ السياسات والإجراءات التي توجّه ردّ المؤسسة على قرارات المرضى.
- ☐ 5. وضع السياسات والإجراءات من خلال عملية تعاونية وشاملة.
- ☐ 6. توثيق القرارات التي تتبعها سياسات المؤسسة.
- ☐ 7. أن توجّه المؤسسة الاختصاصيين الصحيين بشأن القضايا الأخلاقية والقانونية في تنفيذ رغبات المرضى.

المعيار

PFR.2.4 دعم المؤسسة حق المريض للرعاية في المراحل الأخيرة للحياة.

نية المعيار PFR.2.4

الألم جزء شائع من تجربة المريض وللألم غير المفرّج تأثيرات بدنية ونفسية معاكسة. وغالباً ما تكون استجابة المريض للألم في إطار المعايير المجتمعية والتقاليد. وهكذا يشجّع المرضى على الإفادة عن ألمهم ويدعمون في ذلك. وتقرّ عمليات الرعاية التي تقوم بها المؤسسة بحقّ كل المرضى بالتقييم الملائم للألم وتدبيره وتعكسه. (انظر أيضاً COP.6).

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.4

- ☐ 1. احترام المؤسسة حق المريض بالتقييم الملائم للألم وتدبيره وتدعمه.
- ☐ 2. إدراك العاملين في المؤسسة التأثيرات الشخصية والثقافية والمجتمعية على حق المريض بالإفادة عن الألم وتقييمه بدقة وتدبيره.

المعيار

PFR.2.5 تدعم المؤسسة حقّ المريض بالتقييم والتدبير الملائمين للألم.

نية المعيار PFR.2.5

للمرضى المحتضرين احتياجات فريدة للرعاية المحترمة والرحيمة. ويوجّه الاهتمام براحة المريض وكرامته كل نواحي الرعاية في أثناء المراحل الأخيرة للحياة. ولتحقيق ذلك، توجّه عناية كل العاملين في المؤسسة إلى احتياجات المريض الفريدة في نهاية حياته. وتشمل هذه الاحتياجات الأعراض الأولية والثانوية (انظر المسرد أيضاً)، وتدبير الألم (انظر أيضاً COP.6)ن والاستجابة إلى الشواغل النفسية والاجتماعية والعاطفية والدينية والثقافية للمريض وعائلته (انظر أيضاً PFR.1.1 و PFR.1.1.1)، والمشاركة في قرارات الرعاية (انظر أيضاً COP.7).

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.5

- ☐ 1. إقرار المؤسسة بأنّ للمرضى المحتضرين احتياجات فريدة.
- ☐ 2. احترام العاملين في المؤسسة لحق المرضى المحتضرين بالتعامل مع احتياجاتهم الفريدة في عملية الرعاية.

المعيار

PFR.3 تبلّغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن عملية استقبال الشكاوى والنزاعات واختلافات الرأي بشأن رعاية المريض والتعامل معها وحقّ المريض في المشاركة في هذه العمليات.

نية المعيار PFR.3

للمرضى الحق في إيصال شكاويهم عن الرعاية وأن تراجع هذه الشكاوي وتحل عندما يكون ذلك ممكناً. كما أنّ القرارات المتعلّقة بالرعاية تثير أسئلة أو نزاعات أو معضلات أخرى للمؤسسة والمريض أو عائلته أو متخذي القرار. وقد تنشأ هذه المعضلات عن قضايا الحصول على العلاج أو العلاج أو التخريج (انظر المسرد أيضاً). وقد يكون حلها صعباً عندما تشمل هذه القضايا الامتناع عن تقديم الخدمات الإنعاشية أو التخلي عنها أو الانسحاب من المعالجة المديمة للحياة.

للمؤسسة آليات موضوعة للسعي إلى حل مثل هذه المعضلات والشكاوي. وتحدّد المؤسسة في سياساتها وإجراءاتها من يجب إشراكهم في الآليات وكيف يشارك المرضى وعائلاتهم.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.3

- ☐ 1. إدراك المرضى حقهم في التعبير عن شكواهم وآلية القيام بذلك.
- ☐ 2. مراجعة الشكاوى وفقاً لآلية المؤسسة.
- ☐ 3. مراجعة المعضلات التي تنشأ عن عملية الرعاية وفقاً لآلية المؤسسة.
- ☐ 4. أن تحدّد السياسات والإجراءات المشاركين في العملية.
- ☐ 5. أن تحدّد السياسات والإجراءات كيف يشارك المرضى وعائلاتهم.

المعيار

PFR.4 يكون العاملون مطلعين على دورهم في تحديد قيم المرضى ومعتقداتهم وحماية حقوق المرضى.

نية المعيار PFR.4

تطلع المؤسسة كل العاملين فيها على حقوق المرضى وعائلاتهم. ويقرّ تثقيف العاملين بأنّه قد يكون لديهم قيم ومعتقدات مختلفة عن قيم المرضى ومعتقداتهم. ويشمل التثقيف كيف يشارك كل عضو في تحديد قيم المرضى ومعتقداتهم وكيف يحترمونها في عملية الرعاية.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.4

- ☐ 1. إدراك العاملين دورهم في تحديد قيم المرضى وعائلاتهم ومعتقداتهم وكيف يمكن احترامها في عملية الرعاية.
- ☐ 2. إدراك العاملين دورهم في حماية حقوق المرضى وعائلاتهم.

المعيار

PFR.5 يبلّغ كل المرضى بحقوقهم بالطريقة التي يفهمونها.

نية المعيار PFR.5

يمكن أن يكون الإدخال كمريض داخلي إلى مؤسسة رعاية صحية (انظر المسرد أيضاً) أو التسجيل كمريض خارجي (انظر المسرد أيضاً) مخيفاً ومشوشاً للمرضى، ما يجعل من الصعب عليهم أن يفهموا حقوقهم ويعملوا بموجبها. وهكذا تعدّ المؤسسة بياناً مكتوباً عن حقوق المرضى وعائلاتهم التي تمنح لهم عند إدخالهم إلى المؤسسة كمرضى داخليين أو تسجيلهم كمرضى خارجيين وتكون متاحة عند كل زيارة للمؤسسة أو خلال مدة إقامتهم فيها. على سبيل المثال، يمكن أن يعلّق البيان في المرفق.

يكون البيان ملائماً لسن المريض وفهمه ولغته. وعندما لا يكون التواصل الخطي فعالاً أو ملائماً، يبلّغ المرضى وعائلاتهم بحقوقهم بطريقة يمكنهم فهمها (انظر أيضاً MCI.3، العنصران المقيسان 1 و2).

العناصر المقيسة للمعيار PFR.5

- ☐ 1. تلقي كل مريض معلومات خطية عن حقوقه.
- ☐ 2. أن يكون لدى المؤسسة آلية عمل لإبلاغ المرضى بحقوقهم عندما لا يكون التواصل الخطي فعالاً أو ملائماً.

الموافقة الرشيدة

المعيار

PFR.6 يتمّ الحصول على موافقة المرضى الرشيدة من خلال آلية عمل تحدّدها المؤسسة وينفّذها عاملون مدرّبون.

نية المعيار PFR.6

من الطرق الرئيسية التي يشرك فيها المرضى في قرارات الرعاية أن يقدّموا موافقتهم الرشيدة عليها. فلكي يوافق المريض، يجب أن يبلّغ بالعوامل ذات الصلة بالرعاية المزمعة لكي يتخذ قراراً رشيداً. ويمكن الحصول على الموافقة الرشيدة (انظر المسرد أيضاً) في مراحل متعدّدة من عملية الرعاية. على سبيل المثال، يمكن الحصول على الموافقة الرشيدة عند إدخال المريض إلى المؤسسة لتقديم الرعاية إليه كمريض داخلي وقبل إجراءات أو معالجات معينة ذات مخاطر عالية. وتحدّد المؤسسة عملية الموافقة بوضوح في السياسات والإجراءات. وتدخل القوانين والأنظمة ذات الصلة في هذه السياسات والإجراءات.

يبلّغ المرضى وعائلاتهم عن الاختبارات والإجراءات والمعالجات التي تتطلّب الموافقة وكيف يمكن أن يعطوا موافقتهم (مثل تقديمها شفهياً أو بالتوقيع على استمارة موافقة أو عبر وسيلة أخرى). ويدرك المرضى وعائلاتهم من يقدّم الموافقة بالإضافة إلى المريض. ويدرّب العاملون المعينون على إبلاغ المرضى والحصول على موافقتهم وتوثيقها.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.6

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة بوضوح عملية الموافقة الرشيدة في سياسات وإجراءات.
- ☐ 2. تدريب العاملين المعينين على تنفيذ السياسات والإجراءات.
- ☐ 3. تقديم المرضى موافقة رشيدة منسجمة مع السياسات والإجراءات.

المعيار

PFR.6.1 يتلقى المرضى وعائلاتهم معلومات كافية عن المرض والمعالجات المقترحة ومقدّمي الرعاية بحيث يمكنهم اتخاذ القرارات.

نية المعيار PFR.6.1

يقدّم العاملون شرحاً واضحاً لأي معالجات أو إجراءات مقترحة إلى المرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء. وتشمل المعلومات المقدّمة

- حالة المريض
- الفوائد والمخاطر
- الفوائد والعيوب المحتملة
- البدائل الممكنة
- احتمال النجاح
- المشاكل الممكنة المتصلة بالشفاء
- النتائج الممكنة لعدم العلاج

يبلغ العاملون أيضاً المريض باسم الطبيب أو الممارس الآخر الذي يضطلع بالمسؤولية عن رعاية المريض أو من المفوّض بتأدية الإجراءات أو المعالجات.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.6.1

- ☐ 1. إبلاغ المرضى بحالتهم.
- ☐ 2. إبلاغ المرضى بالإجراءات والمعالجات المقترحة ومن المفوّض بأداء الإجراء والمعالجة.
- ☐ 3. إبلاغ المرضى بالفوائد والمخاطر المحتملة للمعالجات المقترحة والمشاكل الممكنة المتعلّقة بالشفاء.
- ☐ 4. إبلاغ المرضى بالبدائل الممكنة للمعالجات المقترحة والنتائج الممكنة لعدم المعالجة.
- ☐ 5. إبلاغ المرضى باحتمال نجاح المعالجات.
- ☐ 6. معرفة المرضى بهوية الطبيب أو أي ممارس آخر مسؤول عن رعايتهم (انظر أيضاً ACC.2.1، العنصر المقيس 1).

المعيار

PFR.6.2 تضع المؤسسة آلية عمل، في إطار القانون والثقافة القائمين، تتعلّق بمتى يمكن أن يمنح الآخرون الموافقة.

نية المعيار PFR.6.2

تتطلّب الموافقة الرشيدة على الرعاية في بعض الأحيان أن يضطلع أشخاص سوى المريض (أو بالإضافة إليه) في القرارات الخاصة برعاية المريض. وينطبق ذلك على وجه الخصوص عندما لا يكون لدى المرضى القدرة العقلية أو البدنية على اتخاذ القرارات، أو عندما تتطلب الثقافة أو العرف أن يتخذ آخرون قرارات الرعاية، أو عندما يكون المريض طفلاً. وعندما لا يستطيع المريض اتخاذ قرارات بشأن رعايته، يتمّ تحديد متّخذ قرار بديل. وعندما يعطي أحد سوى المريض موافقته، يلحظ ذلك الشخص في سجل المريض.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.6.2

- ☐ 1. أن يكون لدى المؤسسة آلية عمل تبدي متى يستطيع الآخرون منح موافقتهم الرشيدة.
- ☐ 2. أن تحترم الآلية القانون والثقافة والعرف.
- ☐ 3. أن يلحظ الأفراد، سوى المريض، الذين يعطون موافقتهم في سجل المريض.

المعيار

PFR.6.3 تكون الموافقة العامة على العلاج، إذا تمّ الحصول عليها عندما يدخل المريض كمريض داخلي أو يسجّل للمرة الأولى كمريض خارجي، واضحة في مجالها وحدودها.

نية المعيار PFR.6.3

يحصل العديد من المؤسسات على موافقة عامة (بدلاً من الاعتماد على الموافقة الضمنية) على المعالجة عند إدخال المريض إلى المؤسسة كمريض داخلي أو عندما يسجل المريض المرة الأولى كمريض خارجي. وعندما يتم الحصول على موافقة عامة، يعطى المرضى معلومات عن نطاق الموافقة العامة، مثل ما هي الاختبارات والمعالجات التي تدرج تحت الموافقة العامة. ويعطى المرضى أيضاً معلومات عن تلك الاختبارات والمعالجات التي يستحصل لها على موافقة رشيدة منفصلة. وتلحظ الموافقة العامة إذا كان من المرجّح أن يشارك الطلاب والمتدرّبون الآخرون في عمليات الرعاية. وتحدّد المؤسسة كيف توثّق الموافقة العامة في سجل المريض.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.6.3

- ☐ 1. إبلاغ المرضى وعائلاتهم بنطاق الموافقة العامة عندما تستخدمها المؤسسة.
- ☐ 2. أن تحدّد المؤسسة كيف توثّق الموافقة العامة، إذا استخدمت، في سجل المريض.

المعيار

PFR.6.4 يتمّ الحصول على الموافقة الرشيدة قبل الجراحة والتخدير واستخدام الدم ومنتجات الدم وغير ذلك من المعالجات والإجراءات العالية المخاطر.

نية المعيار PFR.6.4

عندما تشمل الرعاية المزمعة إجراءات جراحية أو جائرة (انظر المسرد أيضاً)، (بما في ذلك التركين المعتدل أو العميق، انظر المسرد أيضاً)، أو استخدام الدم ومنتجات الدم، أو غير ذلك من المعالجات أو الإجراءات عالية المخاطر، يجب الحصول على موافقة منفصلة. وتقدّم عملية الموافقة هذه المعلومات المحدّدة في PFR.6.1 وتوثّق هوية الشخص الذي يقدّم المعلومات.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.6.4

- ☐ 1. الحصول على الموافقة قبل الإجراءات الجراحية أو الجائرة (انظر أيضاً ASC.7.1، النية)
- ☐ 2. الحصول على الموافقة قبل التخدير (بما في ذلك التركين المعتدل والعميق). (انظر أيضاً ASC.5.1 النية والعنصر المقيس 1).
- ☐ 3. الحصول على الموافقة قبل استخدام الدم ومنتجات الدم.
- ☐ 4. الحصول على الموافقة قبل الإجراءات أو المعالجات الأخرى عالية المخاطر.
- ☐ 5. ملاحظة هوية الشخص الذي يقدم المعلومات إلى المريض وعائلته في سجل المريض (انظر أيضاً PFR.8، العنصر المقيس 2).
- ☐ 6. توثيق الموافقة في سجل المريض بتسجيل الموافقة الشفهية. (انظر PFR.8، العنصر المقيس 2).

المعيار

PFR.6.4.1 تسرد المؤسسة أصناف أو أنواع المعالجات والإجراءات التي تتطلّب موافقة رشيدة محدّدة.

نية المعيار PFR.6.4.1

لا تتطلب كل المعالجات والإجراءات موافقة محدّدة منفصلة. وتحدّد كل مؤسسة الإجراءات والمعالجات العالية المخاطر أو الميالة إلى المشاكل أو التي يجب الحصول على الموافقة عليها. وتسرد المؤسسة هذه الإجراءات والمعالجات وتثقّف العاملين فيها لضمان اتساق عملية الحصول على الموافقة. يضع الأطباء وسواهم ممن يقدّمون المعالجة أو يؤدون الإجراءات اللائحة بشكل تعاوني. وتشمل اللائحة الإجراءات والمعالجات المقدّمة على أساس المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.6.4.1

- ☐ 1. أن تسرد المؤسسة الإجراءات والمعالجات التي تتطلب موافقة منفصلة.
- ☐ 2. أن يضع الأطباء وسواهم ممن يقدّمون المعالجة أو يؤدون الإجراءات اللائحة بشكل تعاوني.

الأبحاث

المعيار

PFR.7 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية الوصول أو المشاركة إلى الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية التي تجرى على البشر.

نية المعيار PFR.7

تقدّم المؤسسة التي تجري أبحاثاً أو تحريات أو تجارب سريرية على البشر معلومات إلى المرضى وعائلاتهم عن كيفية الوصول في تلك الأنشطة عندما تكون ذات صلة باحتياجات معالجة المريض. وعندما يطلب إلى المرضى المشاركة، فإنّهم بحاجة إلى معلومات يتخذون قرارهم بناء عليها. وتشمل هذه المعلومات

- الفوائد المرتجاة
- المضايقات والمخاطر المحتملة
- البدائل التي يمكن أن تساعدهم أيضاً
- الإجراءات التي يجب اتباعها

يبلغ المرضى أنّ بوسعهم رفض المشاركة أو الانسحاب منها وأنّ رفضهم أو انسحابهم لن يعرّض حصولهم على خدمات المؤسسة للخطر.

يوجد لدى المؤسسة سياسات وإجراءات لتقديم المعلومات إلى المرضى وعائلاتهم.

العناصر المقيسة للمعيار

- ☐ 1. تحديد المرضى والعائلات الملائمين وإبلاغهم عن كيفية المشاركة في تلك الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية ذات الصلة باحتياجات معالجتهم.
- ☐ 2. إبلاغ المرضى الذين تطلب منهم المشاركة عن الفوائد المرجوّة.
- ☐ 3. إبلاغ المرضى الذين تطلب منهم المشاركة عن المضايقات والمخاطر المحتملة.
- ☐ 4. إبلاغ المرضى الذين تطلب منهم المشاركة عن البدائل التي يمكن أن تساعدهم أيضاً.
- ☐ 5. إبلاغ المرضى الذين تطلب منهم المشاركة عن الإجراءات التي يجب اتباعها.
- ☐ 6. طمأنة المرضى بأنّ رفضهم المشاركة أو الانسحاب منها لن يعرّض حصولهم على خدمات المؤسسة للخطر.
- ☐ 7. السياسات والإجراءات توجّه المعلومات وعملية اتخاذ القرار.

المعيار

PFR.7.1 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية حماية المرضى الذين يختارون المشاركة في الأبحاث أو التحريات أو الاختبارات السريرية.

نية المعيار PFR.7.1

تعرف المؤسسة التي تجري أبحاثاً أو تحريات أو تجارب سريرية على البشر أنّ مسؤوليتها الأولى هي صحة المريض ورفاهيته.

تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم مسبقاً بشأن آليات العمل القائمة من أجل

- مراجعة بروتوكولات الأبحاث (انظر المسرد أيضاً)
- قياس المخاطر النسبية على المشاركين في الدراسات وفوائدها
- الحصول على موافقة المشاركين في الدراسات
- الانسحاب من المشاركة

تبلّغ هذه المعلومات إلى المرضى وعائلاتهم لمساعدتهم في اتخاذ القرارات المتعلّقة بمشاركتهم.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.7.1

- ☐ 1. إبلاغ المرضى وعائلاتهم عن آلية عمل المؤسسة لمراجعة بروتوكولات الأبحاث.
- ☐ 2. إبلاغ المرضى وعائلاتهم عن آلية عمل المؤسسة للموازنة بين الفوائد العائدة على المشاركين والمخاطر.
- ☐ 3. إبلاغ المرضى وعائلاتهم عن آلية عمل المؤسسة للحصول على موافقتهم.
- ☐ 4. إبلاغ المرضى وعائلاتهم عن آلية الانسحاب من المشاركة.

المعيار

PFR.8 يتمّ الحصول على الموافقة الرشيدة قبل مشاركة المريض في الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية.

نية المعيار PFR.8

عندما يقرّر المرضى وعائلاتهم المشاركة في الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية، فإنّهم يعطوا موافقتهم الرشيدة. وقد وضعت المعلومات المقدّمة عند اتخاذ قرار المشاركة لتكون بمثابة أساس للموافقة الرشيدة (انظر أيضاً بيان نية المعيار PFR.6). ويلحظ الأشخاص الذين يقدّمون المعلومات ويحصلون على الموافقة في سجل المريض.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.8

- ☐ 1. الحصول على الموافقة الرشيدة عندما يقرّر المريض المشاركة في الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية.
- ☐ 2. أن توثّق قرارات المشاركة وتؤرخ وتتخذ بناء على المعلومات المحدّدة في PFR.6.4، العنصران المقيسان 5 و6.
- ☐ 3. ملاحظة هوية الشخص الذي يقدّم المعلومات ويحصل على الموافقة في سجل المريض.
- ☐ 4. توثيق الموافقة في سجل المريض بالتوقيع أو تسجيل الموافقة الشفهية.

المعيار

PFR.9 يوجد في المؤسسة لجنة أو طريقة أخرى للإشراف على كل الأبحاث التي تجريها المؤسسة على البشر.

نية المعيار PFR.9

عندما تجري المؤسسة الأبحاث أو التحريات أو التجارب السريرية على البشر، تنشأ فيها لجنة أو آلية أخرى لتقديم الإشراف على كل هذه الأنشطة. وتضع المؤسسة بياناً لغاية أنشطة الإشراف. وتشمل أنشطة الإشراف عملية مراجعة كل بروتوكولات الأبحاث، وآلية للموازنة بين المخاطر النسبية على المشاركين والفوائد التي يحصلون عليها، والعمليات ذات الصلة بسرية معلومات الأبحاث.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.9

- ☐ 1. وجود لجنة أو آلية أخرى لدى المؤسسة للإشراف على كل الأبحاث المجراة داخل المؤسسة.
- ☐ 2. أن تضع المؤسسة بياناً واضحاً لغاية الإشراف على الأنشطة.
- ☐ 3. أن تشمل أنشطة الإشراف عملية للمراجعة.
- ☐ 4. أن تشمل أنشطة الإشراف عملية للموازنة بين المخاطر النسبية على المشاركين والفوائد التي يحصلون عليها.
- ☐ 5. أن تشمل أنشطة الإشراف عمليات لتأمين سرية المعلومات عن الأبحاث.

وهب الأعضاء

المعيار

PFR.10 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن كيفية اختيار وهب الأعضاء وغيرها من الأنسجة.

نية المعيار PFR.10

تدعم المؤسسة خيارات المرضى وعائلاتهم بوهب الأعضاء والأنسجة الأخرى للأبحاث أو الزراعة. وتقدّم المعلومات عن عملية الوهب وعما إذا كانت المؤسسة موقع اقتناء لهيئة أو شبكة على صعيد المجتمع المحلي أو المقاطعة أو الوطن.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.10

- ☐ 1. أن تدعم المؤسسة خيارات المرضى وعائلاتهم في وهب الأعضاء والأنسجة الأخرى.
- ☐ 2. أن تقدّم المؤسسة المعلومات التي تدعم هذا الخيار.

المعيار

PFR.11 تشرف المؤسسة على جمع الأعضاء والأنسجة وزراعتها.

نية المعيار PFR.11

توضع سياسات وإجراءات لتوجيه عملية الاقتناء والوهب وعملية الزراعة. وتنسجم السياسات مع القانون والنظام وتحترم قيم المجتمع الدينية والثقافية. يدرّب العاملون في المؤسسة على تنفيذ السياسات والإجراءات لدعم خيارات المرضى وعائلاتهم. كما يدرّب العاملون على الشواغل والقضايا المعاصرة المتعلّقة بوهب الأعضاء وتوافرها للزراعة، مثل المعلومات عن نقص الأعضاء والأنسجة وبيع الأعضاء وشرائها في السوق السوداء. وتتعاون المؤسسة مع مؤسسات وهيئات أخرى في المجتمع مسؤولة عن عملية الاقتناء أو الاحتفاظ أو النقل أو الزراعة أو جزء منها.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.11

- ☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات عملية الاقتناء والوهب.
- ☐ 2. أن توجّه السياسات والإجراءات عملية الزراعة.
- ☐ 3. تدريب العاملين على السياسات والإجراءات.
- ☐ 4. تدريب العاملين على القضايا والشواغل المتصلة بوهب الأعضاء للزراعة.
- ☐ 5. تعاون المؤسسة مع المؤسسات والهيئات ذات الصلة في المجتمع لاحترام خيارات الوهب وتنفيذها.

◥ تقييم المرضى (AOP)

نظرة عامة

تؤدي عملية التقييم الفعّالة للمريض إلى قرارات عن احتياجاته الفورية والمتواصلة للمعالجة في الحالات الطارئة (انظر المسرد أيضاً) والرعاية الاختيارية والمخططة، وحتى عندما تتغيّر حالة المريض. ويعدّ تقييم المريض عملية مستمرة تجرى في العديد من أماكن وأقسام وعيادات المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين. ويتكوّن تقييم المريض من ثلاث عمليات أولية:

- جمع المعلومات والبيانات عن حالة المريض البدنية والنفسية والاجتماعية والسيرة المرضية.
- تحليل البيانات (انظر المسرد أيضاً) والمعلومات، بما في ذلك نتائج الفحوص والصور التشخيصية في المختبر، لتحديد احتياجات الرعاية الصحية للمريض.
- وضع خطة الرعاية (انظر المسرد أيضاً) للوفاء باحتياجات المريض المحددة.

يكون تقييم المريض ملائماً عندما ينظر في حالة المريض وسنّه واحتياجاته الصحية ومطالبه أو أولوياته. وتنفّذ هذه العمليات على أفضل وجه عندما يعمل مختلف الاختصاصيين الصحيين المسؤولين عن المريض معاً.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل المعايير الخاصة بهذه الوظيفة. وهي مقدّمة بدون بيانات نواياها أو عناصرها المقيسة لسهولة الرجوع إليها. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي من هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

AOP.1 تحدّد احتياجات الرعاية الصحية لكل المرضى الذين ترعاهم المؤسسة من خلال عملية تقييم قائمة.

AOP.1.1 تحدّد المؤسسة نطاق التقييمات ومحتواها بناء على القوانين والأنظمة والمعايير الاختصاصية المطبّقة.

AOP.1.2 يشمل التقييم الأولي لكل مريض تقويماً للعوامل البدنية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك الفحص الطبي والسيرة المرضية.

AOP.1.3 تحدّد احتياجات المريض الطبية والتمريضية من أعمال التقييم الابتدائية.

AOP.1.3.1 يكون التقييم الطبي والتمريضي الأولي لمرضى الحالات الطارئة ملائماً لاحتياجاتهم وحالاتهم.

AOP.1.4 تستكمل أعمال التقييم في الإطار الزمني الذي تحدده المؤسسة.

AOP.1.4.1 تستكمل أعمال التقييم الطبية والتمريضية الابتدائية خلال 24 ساعة بعد إدخال المريض كمريض داخلي أو قبل ذلك وفقاً لحالة المريض أو سياسة المستشفى.

AOP.1.5 توثّق نتائج التقييم في سجل المريض وتكون متاحة أمام من يقدّمون الرعاية للمريض.

AOP.1.5.1 يوثّق التقييم الطبي الأولي قبل التخدير أو المعالجة الجراحية.

AOP.1.6 يُتحرّى وضع المرضى الغذائي واحتياجاتهم الوظيفية ويحالون من أجل مزيد من التقييم والمعالجة عند الضرورة.

AOP.1.7 تجري المؤسسة تقييمات أولية فردية للمرضى من الفئات الخاصة الذين تقدم إليهم الرعاية.

AOP.1.8 يشمل التقييم الأولي تحديد الحاجة إلى أعمال تقييم خاصة إضافية.

AOP.1.8.1 يشمل التقييم الأولي تحديد الحاجة إلى التخطيط للتخريج.

AOP.1.8.2 يُتحرّى المرضى كافة عن الألم ويقيّم عندما يكون موجوداً.

AOP.2 يعاد تقييم كل المرضى في فترات ملائمة لتحديد استجابتهم للعلاج والتخطيط لاستمرار العلاج أو التخريج.

AOP.3 يجري أشخاص مؤهّلون أعمال التقييم وإعادة التقييم.

AOP.4 يتعاون الأطباء والممرّضون وغيرهم من الأشخاص والخدمات المسؤولين عن رعاية المريض لتحليل أعمال تقييم المرضى ودمجها.

AOP.4.1 تحدّد احتياجات الرعاية الأكثر إلحاحاً أو أهمية.

AOP.5 تتوافر خدمات المختبر للوفاء باحتياجات المرضى، وتلبي كل هذه الخدمات المعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية المطبقة.

AOP.5.1 يوضع برنامج سلامة المختبر موضع التنفيذ ويتابع ويوثّق.

AOP.5.2 يدير الاختبارات ويفسّر نتائجها أفراد على قدر كافٍ من التدريب والمهارات والتوجّه والخبرة.

AOP.5.3 تتوافر نتائج المختبر في وقتها الملائم الذي تحدّده المؤسسة.

AOP.5.4 تفحص كل المعدات المستخدمة في المختبر بشكل منتظم وتصان وتعاير، وتحفظ سجلات ملائمة عن هذه الأنشطة.

AOP.5.5 تتوافر المواد الكاشفة الضرورية وغيرها من الإمدادات بصورة منتظمة.

AOP.5.6 تتبع إجراءات لجمع العيّنات وتحديدها ومداولتها ونقلها بسلامة والتخلّص منها.

AOP.5.7 تستخدم المعايير والمديات القائمة لتفسير نتائج فحوص المختبر السريرية والإبلاغ عنها.

AOP.5.8 يكون أشخاص مؤهّلون مسؤولون عن إدارة خدمة المختبر السريري أو خدمة علم الأمراض (الباثولوجيا).

AOP.5.9 توضع إجراءات مراقبة الجودة موضوع التنفيذ وتتبع وتوثّق.

AOP.5.9.1 توجد عملية لاختبار البراعة.

AOP.5.10 تراجع المؤسسة بانتظام نتائج مراقبة جودة كل المصادر الخارجية لخدمات المختبر.

AOP.5.11 تحصل المؤسسة على خبراء في مجالات تشخيصية خاصة عند الضرورة.

AOP.6 تتوافر الأشعة وخدمات التصوير التشخيصي للوفاء باحتياجات المرضى، وتلبي كل هذه الخدمات المعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية المطبقة.

AOP.6.1 توفّر المؤسسة الأشعة وخدمات التصوير التشخيصي الأخرى أو تتيحها من خلال الترتيبات مع مصادر خارجية.

AOP.6.2 يوضع برنامج للسلامة الإشعاعية موضع التنفيذ ويتبع ويوثّق.

AOP.6.3 يؤدي أشخاص على قدر كافٍ من التدريب والمهارات والتوجّه والخبرة دراسات التصور التشخيصي ويفسّرون النتائج ويبلغون عنها.

AOP.6.4 تتوافر نتائج دراسات الأشعة والتصوير التشخيصي في الوقت المناسب الذي تحدده المؤسسة.

AOP.6.5 تفحص كل المعدات المستخدمة في إجراء الأشعة ودراسات التصوير التشخيصي الأخرى بانتظام وتصان وتعاير وتحفظ سجلات ملائمة عن هذه الأنشطة.

AOP.6.6 تتوافر أفلام الأشعة السينية وغيرها من الإمدادات بانتظام.

AOP.6.7 يتولى أشخاص مؤهلون المسؤولية عن إدارة علم الأشعة التشخيصي والخدمات التصويرية.

AOP.6.8 توضع إجراءات مراقبة الجودة موضع التنفيذ وتتبع وتوثق.

AOP.6.9 تراجع المؤسسة بانتظام نتائج مراقبة جودة كل المصادر الخارجية للخدمات التشخيصية.

AOP.6.10 تحصل المؤسسة على خبراء في مجالات تشخيصية خاصة عند الضرورة.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

المعيار

AOP.1 تحدّد احتياجات الرعاية الصحية لكل المرضى الذين ترعاهم المؤسسة من خلال عملية تقييم قائمة.

نية المعيار AOP.1

عندما يدخل مريض إلى مؤسسة للرعاية (ACC.1)، يحتاج العاملون إلى إجراء تقييم شامل للمريض لتحديد سبب وجوده. وتتوقّف المعلومات الخاصة التي تطلبها المؤسسة في هذه المرحلة، وإجراء الحصول عليها، على احتياجات المريض والمكان الذي تقدّم فيه الرعاية، مثل رعاية المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين. وتحدّد سياسة المؤسسة وإجراءاتها كيف تعمل هذه العملية وما المعلومات التي يجب جمعها وتوثيقها.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1

- ☐ 1. أن تحدّد سياسة المؤسسة وإجراؤها معلومات التقييم التي يحصل عليها المرضى الداخليون.
- ☐ 2. أن تحدّد سياسة المؤسسة وإجراؤها معلومات التقييم التي يحصل عليها المرضى الخارجيون.
- ☐ 3. أن تحدّد سياسة المؤسسة معلومات التقييم التي توثّق.

المعيار

AOP.1.1 تحدّد المؤسسة نطاق التقييمات ومحتواها بناء على القوانين والأنظمة المطبّقة والمعايير الاختصاصية.

نية المعيار AOP.1.1

لتقييم احتياجات المرضى بشكل منسجم، تحدّد المؤسسة، في السياسات، مجال التقييمات التي يجريها الأطباء والممرضون والأقسام السريرية الأخرى ومحتواها. وتعكس هذه السياسة كل استمارات التقييم المستخدمة لأعمال التقييم. تحدّد المؤسسة كل أنشطة التقييم في أماكن المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين التي تقدّم فيها الرعاية. وتحدّد المؤسسة أنشطة العناصر المشتركة لكل أعمال التقييم، وكل الاختلافات، عندما يسمح بها، في نطاق خدمات التقييم الطبي العامة والخاصة. ويمكن استكمال التقييم المحدّد في السياسة عن طريق واحد أو أكثر من الأشخاص المؤهّلين (انظر المسرد أيضاً) وفي مراحل زمنية مختلفة. ويجب أن يكون كل المحتوى متوافراً عندما يبدأ العلاج.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.1

- ☐ 1. يحدّد نطاق أعمال التقييم التي يجريها كل قسم سريري ومحتواها في السياسات. (انظر أيضاً ASC.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. يحدّد نطاق أعمال التقييم المجراة في أماكن المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين ومحتواها في السياسات.

المعيار

AOP.1.2 يشمل التقييم الأولي لكل مريض تقويماً للعوامل البدنية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك الفحص الطبي والسيرة المرضية.

نية المعيار AOP.1.2

تكون أعمال التقييم الابتدائية للمريض، المريض الداخلي أو الخارجي، حاسمة لتحديد احتياجاته وبدء عملية الرعاية. وتقدّم أعمال الرعاية الأولية معلومات من أجل

- فهم الرعاية التي يسعى إليها المريض
- انتقاء أفضل أماكن الرعاية للمريض

- تكوين تشخيص أولي
- فهم استجابة المريض لأي رعاية مسبقة

لتوفير هذه المعلومات، يشمل التقييم الأولي تقويماً لحالة المريض الطبية من الفحص البدني والسيرة المرضية. ويحدّد التقييم النفسي حالة المريض العاطفية (إذا كان مكتئباً أو خائفاً أو عدوانياً مثلاً، وهل يمكن أن يؤذي نفسه أو الآخرين). ولا يرمي جمع المعلومات الاجتماعية عن المريض إلى "تصنيف" المرضى، وإنّما الأطر الاجتماعية والثقافية والعائلية والاقتصادية للمريض عوامل مهمة يمكن أن تؤثر على استجابته للمرض والمعالجة. ويمكن أن تكون العائلات مفيدة جداً في مجالات التقييم وفي فهم رغبات المريض وأولوياته في عملية التقييم. وتقيّم العوامل الاقتصادية كجزء من التقييم الاجتماعي أو تقيّم بشكل منفصل إذا كان المريض وعائلته يتحملان تكلفة الرعاية بأكملها أو جزءاً منها في أثناء وجوده في المؤسسة كمريض داخلي أو في أعقاب تخريجه (انظر المسرد أيضاً). ويمكن أن يكون العديد من الأشخاص المختلفين ضالعين في تقييم المريض. ومن أهم العوامل بالنسبة إلى من يرعى المريض أن تكون أعمال التقييم كاملة ومتوافرة (انظر أيضاً MCI.7، العنصر المقيس 2). (انظر أيضاً AOP.1.8.2، العنصر المقيس 2 فيما يتعلّق بتقييم الألم).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.2

- ☐ 1. أن يكون لكل المرضى الداخليين والخارجيين تقييمات أولية تتفق مع سياسة المؤسسة.
- ☐ 2. أن تشمل كل التقييمات الطبية سجلاً صحياً وفحصاً بدنياً منسجماً مع النطاق والمضمون المحدّدين في سياسة المستشفى.
- ☐ 3. تلقي كل مريض تقييماً نفسياً أولياً ملائماً لاحتياجاته.
- ☐ 4. تلقي كل مريض تقييماً اجتماعياً واقتصادياً أولياً ملائماً لاحتياجاته.
- ☐ 5. أن تؤدي نتائج أعمال التقييم الابتدائية إلى فهم أي رعاية سابقة والرعاية التي يسعى إليها المريض حالياً.
- ☐ 6. أن تؤدّي أعمال التقييم الابتدائية إلى انتقاء أفضل الأماكن للرعاية.
- ☐ 7. أن تؤدي أعمال التقييم الابتدائية إلى تشخيص أولي.

المعياران

AOP.1.3 تحدّد احتياجات المريض الطبية والتمريضية من أعمال التقييم الابتدائية.

AOP.1.3.1 يكون التقييم الطبي والتمريضي الأولي لمرضى الحالات الطارئة ملائماً لاحتياجاتهم وحالاتهم.

نية المعيارين AOP.1.3 وAOP.1.3.1

إنّ النتيجة الأولية (انظر المسرد أيضاً) من أعمال التقييم الابتدائية للمريض هي فهم احتياجات المريض الطبية والتمريضية بحيث يمكن أن تبدأ الرعاية والمعالجة. لتحقيق ذلك، تحدّد المؤسسة نطاق أعمال التقييم الطبي والتمريضي وسواها للمريض (AOP.1.1)، والإطار الزمني لاستكمال التقييمات (AOP.1.4) ومتطلبات التوثيق الخاصة بأعمال التقييم (AOP.1.5). إنّ أعمال التقييم الطبي والتمريضي أساسية في إطلاق الرعاية، لكن قد تكون هناك تقييمات إضافية يجريها مقدّمون آخرون للرعاية تشمل أعمال التقييم الخاصة (AOP.1.8)، وأعمال التقييم الفردية. (AOP.1.7). ويجب أن تتكامل هذه التقييمات (AOP.4) وأن تحدّد أكثر احتياجات الرعاية إلحاحاً (AOP.4.1).

في الحالة الطارئة، يمكن أن تكون التقييمات الطبية والتمريضية الابتدائية محدودة بالاحتياجات الأولية للمريض وحاجاته. وعندما لا يكون هناك وقت لتدوين السيرة المرضية والفحص البدني لمريض ذي حالة طارئة تستدعي إجراء جراحة، تسجّل ملاحظة عن التشخيص السابق للجراحة قبل إجرائها.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.3

- ☐ 1. ينجم عن التقييم الابتدائي تحديد الاحتياجات الطبية للمريض.
- ☐ 2. تحدّد الاحتياجات الطبية استناداً إلى السيرة المرضية الموثّقة والفحص البدني بالإضافة إلى التقييمات الأخرى المطلوبة وفقاً لسياسة المستشفى.
- ☐ 3. ينتج عن التقييم الابتدائي تحديد الاحتياجات التمريضية للمريض.

☐ 4. تحدّد الاحتياجات التمريضية للمريض استناداً التقييم الموثّق للممرض والتقييم الطبي، بالإضافة إلى التقييمات الأخرى المطلوبة وفقاً لسياسة المستشفى.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.3.1

☐ 1. أن يكون التقييم الطبي ملائماً لاحتياجات مرضى الطوارئ وحالتهم.

☐ 2. أن يكون التقييم التمريضي ملائماً لاحتياجات مرضى الطوارئ وحالتهم.

☐ 3. إذا أجريت عملية جراحية، تدوين ملاحظة موجزة وتشخيص ما قبل العملية.

المعيار

AOP.1.4 تستكمل أعمال التقييم في الإطار الزمني الذي تحدده المؤسسة.

نية المعيار AOP.1.4

لبدء العلاج الصحيح للمريض بأسرع ما يمكن، يجب استكمال التقييمات الابتدائية بأسرع ما يمكن. تحدّد مؤسسة الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) الإطار الزمني لاستكمال التقييمات، لا سيما التقييمات الطبية والتمريضية. ويتوقّف الإطار الزمني الدقيق على عدة عوامل، بما في ذلك أنواع المرضى الذين تعتني فيهم المؤسسة، وتعقيد رعايتهم ومدتها، والقوى المحرّكة للشروط المحيطة برعايتهم. وتبعاً لذلك، يمكن أن تضع المؤسسة أطراً زمنية مختلفة للتقييم في المجالات أو الخدمات المختلفة.

عندما يكتمل التقييم جزئياً أو تماماً خارج المؤسسة (في مكتب جراح استشاري مثلاً)، تراجع النتائج و/أو يتحقّق منها عند الإدخال كمريض داخلي، بما يتلاءم مع الوقت بين التقييم الخارجي والإدخال (انظر أيضاً AOP.1.4.1)، والطبيعة الحرجة للنتائج، وتعقيد حالة المريض، والرعاية والمعالجة المزمعتين (على سبيل المثال، تؤكد المراجعة وضوح التشخيص وأي إجراءات أو معالجات مزمعة، ووجود صور الأشعة اللازمة في الجراحة، وأي تغيرات تطرأ على حالة المريض مثل السيطرة على مستوى السكر في الدم، وتحديد أي اختبارات مخبرية حرجة يمكن أن تحتاج إلى إعادة).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.4

☐ 1. وضع أطر زمنية ملائمة لإجراء التقييمات لكل الأماكن والخدمات.

☐ 2. استكمال التقييمات ضمن الأطر الزمنية التي تضعها المؤسسة.

☐ 3. مراجعة كل التقييمات المجراة خارج المؤسسة و/أو التثبّت منها عند الإدخال مريض داخلي (انظر أيضاً AOP.1.4.1 من أجل تحديث أقسام من التقييمات الطبية التي يزيد تاريخها على 30 يوماً أو إعادتها؛ انظر أيضاً MCI.6، العنصر المقيس 1).

المعيار

AOP.1.4.1 تستكمل أعمال التقييم الطبية والتمريضية الابتدائية خلال 24 ساعة بعد إدخال المريض كمريض داخلي أو قبل ذلك وفقاً لحالة المريض أو سياسة المستشفى.

نية المعيار AOP.1.4.1

تستكمل التقييمات الطبية والتمريضية خلال 24 ساعة من الإدخال إلى المؤسسة وتكون متوافرة ليستخدمها كل من يرعون المريض. ويجرى تقييم طبي و/أو تمريضي ابتدائي ويكون متوافراً في وقت مبكّر عندما تشير حالة المريض إلى ذلك. وهكذا يقيّم مرضى الطوارئ على الفور، وربما تحدّد السياسة أن تقيم فئات معينة أخرى من المرضى قبل مرور 24 ساعة.

عندما يجرى التقييم الطبي الابتدائي في مكتب خاص بطبيب أو مكان آخر للمرضى الخارجيين قبل تقديم الرعاية إلى المريض في المؤسسة كمريض داخلي، يجب أن يكون خلال 30 يوماً. وإذا كان تاريخ التقييم يزيد على 30 يوماً عند الإدخال كمريض داخلي، يجب تحديث السيرة المرضية وتكرار الفحص البدني. أما بالنسبة إلى التقييمات الطبية المجراة خلال 30 يوماً من الإدخال، فتلحظ عند الإدخال أي تغيرات مهمة على حالة المريض منذ إجراء التقييم. ويمكن أن ينجز أي شخص مؤهل هذا التحديث و/أو إعادة الفحص (انظر أيضاً بيان نية المعيار AOP.4).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.4.1

- ☐ 1. إجراء التقييم الطبي الابتدائي خلال 24 ساعة من الإدخال كمريض داخلي أو قبل ذلك كما تشير حالة المريض أو سياسة المستشفى.
- ☐ 2. إجراء التقييم التمريضي خلال 24 ساعة من الإدخال كمريض داخلي أو قبل ذلك كما تشير حالة المريض أو سياسة المستشفى.
- ☐ 3. التقييمات الطبية الابتدائية المجراة قبل الإدخال كمريض داخلي، أو قبل اتخاذ إجراء كمريض خارجي في المؤسسة يجب ألا يزيد تاريخها على 30 يوماً وإلا يحدّث السيرة المرضية ويكرّر الفحص البدني.
- ☐ 4. ملاحظة أي تغيرات مهمة طرأت على حالة المريض منذ إجراء التقييم في سجل المريض (انظر المسرد أيضاً)، بالنسبة إلى أي تقييم يقل تاريخه عن 30 يوماً، عند الإدخال كمريض داخلي.

المعيار

AOP.1.5 توثّق نتائج التقييم في سجل المريض وتكون متاحة أمام من يقدّمون الرعاية للمريض.

نية المعيار AOP.1.5

تستخدم نتائج التقييم طوال عملية الرعاية لتقويم تقدّم المريض وفهم الحاجة إلى إعادة التقييم. لذا من الضروري توثيق التقييم الطبي والتمريضي وسواه من التقييمات ذات المغزى بشكل جيد واسترجاعها بسرعة وسهولة من سجل المريض أو أي مكان آخر تحفظ فيه واستخدامها من قبل من يرعى المريض. وتوثّق التقييمات الطبية والتمريضية على وجه الخصوص في السجل خلال الـ 24 ساعة الأولى من الإدخال كمريض داخلي. ولا يعيق ذلك وضع تقييمات إضافية أكثر تفصيلاً في مواقع منفصلة عن سجل المريض ما دامت في متناول من يرعى المريض.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.5

- ☐ 1. توثيق نتائج التقييم في سجل المريض.
- ☐ 2. تمكّن من يرعى المريض من إيجاد التقييمات واسترجاعها عند الحاجة من سجل المريض أو أي موقع آخر يمكن النفاذ إليه (انظر أيضاً MCI.7، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. توثيق التقييمات الطبية في سجل المريض خلال 24 ساعة من الإدخال.
- ☐ 4. توثيق التقييمات التمريضية في سجل المريض خلال 24 ساعة من الإدخال.

المعيار

AOP1.5.1 يوثّق التقييم الطبي الأولي قبل التخدير أو المعالجة الجراحية.

نية المعيار AOP1.5.1

تسجّل نتائج التقييم الطبي وأي اختبارات تشخيصية في سجل المريض قبل التخدير أو الجراحة.

العناصر المقيسة للمعيار AOP1.5.1

- ☐ 1. أن يكون للمرضى الذين يزمع إجراء جراحة لهم تقييمات طبية قبل الجراحة (انظر أيضاً ACS.7، العنصر المقيس 2).
- ☐ 2. توثيق التقييم الطبي لمرضى الجراحة قبل إجراء الجراحة.

المعيار

AOP.1.6 يُتحرّى وضع المرضى الغذائي واحتياجاتهم الوظيفية ويحالون من أجل مزيد من التقييم والمعالجة عند الضرورة.

نية المعيار AOP.1.6

المعلومات المجموعة في التقييم الطبي و/أو التمريضي الابتدائي من خلال تطبيق معايير التحريات (انظر المسرد أيضاً) يمكن أن تشير إلى أنّ المريض بحاجة إلى مزيد من التقييمات المعمّقة للحالة الغذائية أو الحالة الوظيفية (انظر المسرد أيضاً) بما في ذلك تقييم مخاطر السقوط. وقد يكون التقييم المعمّق ضرورياً لتحديد المرضى الذين يحتاجون إلى تدخّلات تغذوية، أو المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات إعادة التأهيل (انظر المسرد أيضاً) أو الخدمات الأخرى ذات الصلة بقدرتهم على العمل بشكل مستقل أو وفق إمكاناتهم القصوى.

إنّ أكثر الطرق فعالية لتحديد المرضى ذوي الاحتياجات التغذوية (انظر المسرد أيضاً) أو الوظيفية من خلال معايير التحريات. على سبيل المثال، يمكن أن يحتوي نموذج التقييم التمريضي الابتدائي على المعايير. وفي كل حالة، توضع معايير التحرّي من قبل أفراد مؤهّلين قادرين على إجراء مزيد من التقييم وتقديم أي معالجة مطلوبة للمريض عند الضرورة. على سبيل المثال، قد توضع معايير تحرّي المخاطر التغذوية من قبل الممرّضين الذين يطبّقون المعايير، والأقواتيين الذين يقدّمون التدخّل التغذوي المقترح، واختصاصيي التغذية القادرين على دمج الاحتياجات التغذوية مع الاحتياجات الأخرى للمريض (انظر أيضاً COP.5).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.6

- ☐ 1. أن يضع الأشخاص المؤهلون معايير تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من التقييم التغذوي.
- ☐ 2. تحرّي المخاطر التغذوية لدى المرضى كجزء من التقييم الابتدائي.
- ☐ 3. أن يتلقى المرضى المعرضون لمخاطر المشاكل التغذوية تقييماً تغذوياً وفقاً للمعايير.
- ☐ 4. أن يضع أشخاص مؤهّلون معايير تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من التقييم الوظيفي (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى رقم 6، العنصر المقيس 1، المتعلّق بتقييم مخاطر السقوط).
- ☐ 5. تحرّي حاجة المرضى إلى مزيد من التقييمات الوظيفية كجزء من التقييم الابتدائي (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى رقم 6، العنصر المقيس 2).
- ☐ 6. إحالة المرضى المحتاجين إلى تقييم وظيفي إلى مثل هذا التقييم وفقاً للمعايير.

المعيار

AOP.1.7 تجري المؤسسة تقييمات أولية فردية للمرضى من الفئات الخاصة الذين تقدم إليهم الرعاية.

نية المعيار AOP.1.7

يتطلّب التقييم الابتدائي لبعض المرضى في المجتمع الذي تنتمي إليه المؤسسة أن تعدّل عملية التقييم. يستند مثل هذا التعديل إلى خصائص كل جماعة من المرضى أو إلى الموقف الخاص. وتحدّد كل مؤسسة تلك الجماعات والمواقف الخاصة الممثّلة بين مرضاها وتقوم بتعديل عملية التقييم بالشكل الملائم. وتجري المؤسسة مثل هذه التقييمات الفردية على وجه الخصوص على الجماعة التي تخدمها وتشمل

- المرضى الصغار جداً
- المرضى المسنّون الواهنون
- المرضى في مرحلة حياتهم الأخيرة وغيرهم من الذين يعانون الألم
- النساء في المخاض
- المرضى ذوو الاضطرابات العاطفية والنفسية
- المرضى المشتبه بتعاطيهم المخدّرات و/أو الإدمان على الكحول
- ضحايا إساءة المعاملة والإهمال

إنّ تقييم المرضى المشتبه بأنّهم يتعاطون المخدّرات و/أو يدمنون على الكحول وتقييم ضحايا إساءة المعاملة والإهمال يخضع لتأثير ثقافة جماعة المرضى. ولا ترمي هذه التقييمات لأن تكون عملية مبادرة لاكتشاف الحالات، وإنّما يستجيب تقييم هؤلاء المرضى إلى احتياجاتهم وحالتهم بطريقة مقبولة ثقافياً وسرية.

تعدّل عملية التقييم بما ينسجم مع القوانين والأنظمة المحلية والمقاييس المهنية ذات الصلة بمثل هذه الجماعات وظروفها وتشمل العائلة عندما يكون ذلك ملائماً وضرورياً.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.7

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة جماعات المرضى والظروف الخاصة التي تعدّل فيها عملية التقييم الابتدائية.
- ☐ 2. أن يتلقى جماعات المرضى الخاصون، بما في ذلك الجماعات ذات الصلة المشار إليهم في بيان النية، تقييمات فردية.

المعيار

AOP.1.8 يشمل التقييم الأولي تحديد الحاجة إلى أعمال تقييم إضافية خاصة.

نية المعيار AOP.1.8

يمكن أن تحدّد عملية التقييم الابتدائية وجود حاجة إلى تقييمات أخرى مثل فحص الأسنان والسمع واللغة وما إلى هنالك. وتحيل المؤسسة المريض لمثل هذه التقييمات عندما تتاح داخل المؤسسة أو المجتمع.

العنصر المقيسة للمعيار AOP.1.8

- ☐ 1. إحالة المرضى داخل المؤسسة أو خارجها عندما تدعو الحاجة إلى إجراء تقييمات خاصة إضافية (انظر أيضاً ACC.3، العنصر المقيس 2).
- ☐ 2. استكمال التقييمات الخاصة المجراة داخل المؤسسة وتوثيقها في سجل المريض.

المعيار

AOP.1.8.1 يشمل التقييم الأولي تحديد الحاجة إلى التخطيط للتخريج.

نية المعيار AOP.1.8.1

تتطلب استمرارية الرعاية (انظر المسرد أيضاً) إعداداً واعتبارات خاصة لبعض المرضى، مثل خطة التخريج. وتضع المؤسسة آلية، مثل لائحة المعايير، لتحديد المرضى الذين يكون التخطيط لتخريجهم حرجاً بسبب السنّ أو انعدام الحركة، واستمرار الاحتياجات الطبية والتمريضية، والمساعدة في أنشطة الحياة اليومية، إلخ. وبما أنّ ترتيبات التخريج قد تتطلب بعض الوقت، فإنّ عملية التقييم والتخطيط تبدأ بأسرع ما يمكن بعد إدخال المريض.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.8.1

- ☐ 1. وجود عملية لتحديد المرضى الذين يعتبر التخطيط لتخريجهم حرجاً (انظر أيضاً ACC.3، العنصر المقيس 2).
- ☐ 2. يبدأ التخطيط لتخريج مثل هؤلاء المرضى بعد فترة وجيزة أو قصيرة من إدخالهم كمرضى داخليين (انظر أيضاً ACC.3، العنصر المقيس 4).

المعيار

AOP.1.8.2 يُتحرّى المرضى كافة عن الألم ويقيّم عندما يكون موجوداً.

نية المعيار AOP.1.8.2

تحدّد المؤسسة المرضى المتألمين في أثناء التقييم الابتدائي وإعادة التقييم. وعندما يحدّد الألم، يمكن معالجة المريض في المؤسسة أو إحالته إلى المعالجة. ويستند نطاق المعالجة إلى مكان الرعاية والخدمات المقدمة.

يجرى تقييم أكثر شمولاً عندما يعالج المريض في المؤسسة. ويكون هذا التقييم ملائماً لسنّ المريض ويقيس شدة الألم ونوعيته مثل سمة الألم وتواتره وموقعه ومدته. ويسجّل هذا التقييم بطريقة تسهّل إعادة التقييم والمتابعة وفقاً للمعايير التي وضعتها المؤسسة واحتياجات المريض.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.1.8.2

- ☐ 1. تحري وجود الألم عند المرضى (انظر أيضاً COP.6، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. عند تحديد الألم، إحالة المريض إلى التقييم أو إجراء تقييم شامل ملائم لسن المريض ويقيس شدّة الألم ونوعيته مثل سمة الألم وتواتره وموقعه ومدته.
- ☐ 3. تسجيل التقييم بطريقة تسهّل إعادة التقييم المنتظم والتابعة وفقاً للمعايير التي تضعها المؤسسة واحتياجات المريض.

المعيار

AOP.2 يعاد تقييم كل المرضى في فترات ملائمة لتحديد استجابتهم للعلاج والتخطيط لاستمرار العلاج أو التخريج.

نية المعيار AOP.2

إنّ إعادة التقييم التي يجريها كل مقدّمي الرعاية للمريض أساسية لفهم إذا كانت قرارات الرعاية ملائمة وفعالة. يعاد تقييم المرضى طوال عملية الرعاية في فترات ملائمة لاحتياجاتهم وخطة الرعاية أو كما هو محدّد في سياسات المؤسسة وإجراءاتها. وتلحظ نتائج إعادة التقييم هذه في سجل المريض لإطلاع من يرعون المريض على المعلومات واستخدامها.

تعتبر إعادة التقييم التي يجريها الطبيب جزءاً لا يتجزّأ من رعاية المريض المستمرة. يقيّم الطبيب مرضى الرعاية الشديدة يومياً، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع. وقد تستخدم المؤسسة معايير قائمة على الحالة الفيزيولوجية (انظر المسرد أيضاً)، أو تحدّد الظروف الفريدة، أو تحدّد أنواع المرضى وجماعات المرضى الذين تكون فترة إعادة تقييمهم أقل تواتراً من يومياً. وهكذا يمكن أن تكون إعادة التقييم الأقل تواتراً ملائمة للمرضى في وحدات التأهيل، أو في أعقاب الولادة المهبلية، أو المرضى الذين تجرى لهم جراحة فموية ثانوية أو فكية وجهية أو المرضى في الوحدات النفسية على المدى الطويل، أو الوحدات الأخرى المماثلة، التي يكون فيها مقياس رعاية الخدمات الطبية والتمريضية أقل كثافة. وتحدّد المعايير والظروف وأنواع المرضى أو مجموعات المرضى، وفترة إعادة التقييم الملائمة.

تجرى إعادة التقييم وتدخل النتائج في سجل المريض.

- في أوقات منتظمة في أثناء الرعاية (على سبيل المثال، يسجّل العاملون التمريضيون بشكل دوري العلامات الحيوية كما تدعو الحاجة استناداً إلى حالة المريض)
- يومياً بواسطة طبيب بالنسبة للمرضى الرعاية الشديدة أو بتواتر أقل كما هو محدّد في سياسة المؤسسة
- استجابة لتغيّر مهم في حالة المريض
- إذا تغيّر تشخيص المريض وكانت الرعاية تحتاج إلى إدخال تعديل على الخطة
- لتحديد إذا كانت الأدوية والمعالجات الأخرى ناجحة ويمكن نقل المريض أو تخريجه

العناصر المقيسة للمعيار AOP.2

- ☐ 1. إعادة تقييم المرضى لتحديد استجابتهم للعلاج (انظر أياً ASC.5.3، العنصر المقيس 1؛ MMU.7، العنصر المقيس 1؛ COP.7.3، العنصران المقيسان 1 و2)
- ☐ 2. إعادة تقييم المرضى للتخطيط لاستمرار الرعاية أو التخريج (انظر أيضاً ACC.3، العنصران المقيسان 2 و3؛ وCOP.7.1، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. إعادة تقييم المرضى في فترات ملائمة لحالة المريض وخطة الرعاية والاحتياجات الفردية أو بحسب سياسات المؤسسة وإجراءاتها (انظر أيضاً ASC.3، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. أن يعيد طبيب تقييم المرضى يومياً، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع، في أثناء المرحلة الحادّة من رعايتهم وعلاجهم.
- ☐ 5. أن تحدّد سياسة المؤسسة الظروف وأنواع المرضى أو جماعات المرضى الذين يمكن أن يكون تقييم الطبيب لهم أقل من يومياً وتحدّد فترة إعادة التقييم لهم.
- ☐ 6. توثيق إعادة التقييم في سجل المريض.

المعيار

AOP.3 يجري أشخاص مؤهّلون أعمال التقييم وإعادة التقييم.

نية المعيار AOP.3

تقييم المرضى وإعادة تقييمهم عمليات حرجة تتطلب تعليماً خاصاً وتدريباً ومعرفة ومهارات. ومن ثم يحدّد خطياً الأشخاص المؤهّلون لإجراء التقييم لكل نوع من أنواع التقييم، ومسؤولياتهم. ويحدّد بوضوح على وجه الخصوص الأفراد المؤهّلون لإجراء تقييمات الحالات الطارئة أو تقييمات الاحتياجات التمريضية. وتجرى التقييمات في نظام ضمن نطاق الممارسة (انظر المسرد أيضاً) أو الترخيص (انظر المسرد أيضاً) أو القوانين والأنظمة المطبقة أو الشهادة (انظر المسرد أيضاً).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.3

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة الأشخاص المؤهلين لإجراء تقييمات المرضى وإعادة تقييمهم.
- ☐ 2. ألا يجري تقييمات المرضى سوى الأشخاص الذين يسمح لهم الترخيص أو القوانين والأنظمة المطبقة أو الشهادة.
- ☐ 3. إجراء تقييمات الحالات الطارئة بواسطة أشخاص مؤهّلين للقيام بذلك.
- ☐ 4. إجراء التقييمات التمريضية بواسطة أشخاص مؤهّلين للقيام بذلك.
- ☐ 5. تحديد مسؤوليات الأشخاص المؤهّلين لإجراء تقييمات المرضى وإعادة تقييمهم بصورة خطية (انظر أيضاً SQE.1.1، العنصران المقيسان 1 و2؛ وSQE.10، العنصر المقيس 1).

المعياران

AOP.4 يتعاون الأطباء والممرّضون وغيرهم من الأشخاص والخدمات المسؤولين عن رعاية المريض لتحليل أعمال تقيم المرضى ودمجها.

AOP.4.1 تحدّد احتياجات الرعاية الأكثر إلحاحاً أو أهمية.

نية المعيارين AOP.4 وAOP.4.1

يمكن أن يخضع المريض للعديد من أنواع التقييمات خارج المؤسسة وداخلها في مختلف الأقسام والخدمات. ونتيجة لذلك، قد يحتوي سجل المريض على تنوع في المعلومات ونتائج الاختبارات وغيرها من البيانات (انظر أيضاً بيان نية AOP.1.4.1).

يحقق المريض أقصى استفادة عندما يعمل المسؤولون عن رعايته معاً لتحليل نتائج التقيم وجمع هذه المعلومات في صورة شاملة عن حالة المريض. ومن خلال هذا التعاون تحدّد احتياجات المريض، ويوضع ترتيب أهميتها، وتتخذ قرارات الرعاية. ويسهّل دمج النتائج في هذه المرحلة تنسيق تقديم الرعاية (انظر أيضاً COP.2).

تكون عملية العمل معاً بسيطة وغير رسمية عندما تكون احتياجات المريض غير معقّدة. وقد تكون اجتماعات فريق المعالجة الرسمية والمؤتمرات والجولات السريرية ملائمة للمرضى ذوي الاحتياجات المعقّدة أو غير الواضحة. ومن الملائم إشراك المريض وعائلته وغيرهم ممن يتخذ القرارات لصالح المريض في عملية اتخاذ القرار.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.4

- ☐ 1. تحليل بيانات ومعلومات تقيم المريض ودمجها معاً (انظر أيضاً COP.1، العنصر المقيس 1)
- ☐ 2. مشاركة المسؤولين عن رعاية المريض في العملية.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.4.1

- ☐ 1. إعطاء احتياجات المريض الأولوية استناداً إلى نتائج التقييم.

☐ 2. إبلاغ المريض وعائلته بنتائج عملية التقييم وأي تشخيص مؤكّد عندما يكون ذلك ملائماً (انظر أيضاً PFR.2.1، العنصر المقيس 1).

☐ 3. إبلاغ المريض وعائلته عن الرعاية والعلاج المخططين ومشاركتهم في القرارات الخاصة بتلبية الاحتياجات ذات الأولوية (انظر أيضاً PFR.2.1، العنصران المقيسان 2 و4؛ ACC.1.2، العنصر المقيس 5).

خدمات المختبر

المعيار

AOP.5 تتوافر خدمات المختبر للوفاء باحتياجات المرضى، وتلبي كل هذه الخدمات المعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية المطبقة.

نية المعيار AOP.5

يوجد في المؤسسة نظام لتقديم خدمات المختبر، بما في ذلك خدمات علم الأمراض السريرية (انظر المسرد أيضاً)، التي يحتاج إليها جماعات المرضى لديها والخدمات السريرية المقدّمة، واحتياجات مقدّمي الرعاية الصحية. وتنظّم خدمات المختبر وتقدّم بطريقة تفي بالمعايير والقوانين والأنظمة الوطنية المطبقة.

يمكن تقديم خدمات المختبر، بما في ذلك تلك التي تقتضيها الحالات الطارئة، داخل المؤسسة، أو بالاتفاق مع مؤسسة أخرى، أو الاثنين معاً. وتكون خدمات المختبر متوافرة بعد ساعات الدوام العادية للحالات الطارئة.

تكون المصادر الخارجية ملائمة لوصول المريض إليها. وتنتقي المؤسسة المصادر الخارجية استناداً إلى توصية المدير أو أي شخص آخر مسؤول عن خدمات المختبر. وتفي المصادر الخارجية لخدمات المختبر بالقوانين والأنظمة المطبقة ويكون لديها سجل مقبول من الخدمات الدقيقة التي تقدّم في الوقت المناسب. يبلّغ المرضى عندما يكون الطبيب المحيل مالك المصدر الخارجي لخدمات المختبر.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5

☐ 1. وفاء خدمات المختبر بالمعايير والقوانين والأنظمة المحلية والخارجية.

☐ 2. توافر خدمات المختبر الكافية والمنتظمة والملائمة لتلبية الحاجات.

☐ 3. توافر خدمات المختبر في الحالات الطارئة، بما في ذلك بعد ساعات الدوام العادية.

☐ 4. انتقاء المصادر الخارجية استناداً إلى سجل مقبول والامتثال للقوانين والأنظمة.

☐ 5. إبلاغ المرضى عن أي علاقة بين الطبيب المحيل والمصادر الخارجية لخدمات المختبر (انظر أيضاً GLD.6.1، العنصر المقيس 1).

المعيار

AOP.5.1 يوضع برنامج سلامة المختبر موضع التنفيذ ويتابع ويوثّق.

نية المعيار AOP.5.1

يوجد لدى المختبر برنامج سلامة بقدر ما تتطلب المخاطر التي تواجه في المختبر. يتعامل البرنامج مع ممارسات سلامة وتدابير وقاية العاملين في المختبر، والعاملين الآخرين والمرضى عند تواجدهم. وينسّق برنامج المختبر مع برنامج سلامة المؤسسة.

يشمل برنامج إدارة المختبر

- السياسات والإجراءات المكتوبة التي تدعم الامتثال للمعايير والأنظمة المقبولة
- السياسات والإجراءات المكتوبة للتعامل مع المواد المعدية والخطيرة والتخلّص منها
- توافر وسائل السلامة الملائمة لممارسات المختبر والمخاطر المواجهة
- توجيه كل العاملين في المختبر على إجراءات السلامة وممارساتها
- التعليم في أثناء الخدمة (انظر المسرد أيضاً) على الإجراءات الجديدة والمواد الخطيرة التي تمّ الحصول عليها أو أقرّت خطورتها حديثاً

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.1

- ☐ 1. وضع برنامج سلامة المختبر موضع التنفيذ وملاءمته للمخاطر المواجهة (انظر أيضاً FMS.4 وFMS.5).
- ☐ 2. تنسيق البرنامج مع برنامج إدارة سلامة المؤسسة (انظر أيضاً FMS.4، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. تعامل السياسات والإجراءات الخطية مع تداول المواد المعدية والخطيرة والتخلّص منها.
- ☐ 4. توافر وسائل السلامة الملائمة (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 5).
- ☐ 5. توجيه العاملين في المختبر على إجراءات السلامة وممارساتها (انظر أيضاً FMS.11، العنصر المقيس 1؛ GLD.5.4، العنصر المقيس 2).
- ☐ 6. تلقّي العاملين في المختبر التعليم على الإجراءات الجديدة والمواد التي تمّ الحصول عليها أو أقرّت خطورتها حديثاً (انظر أيضاً SQE.8، العنصران المقيسان 3 و4).

المعيار

AOP.5.2 يدير الاختبارات ويفسّر نتائجها أفراد على قدر كافٍ من التدريب والمهارات والتوجّه والخبرة.

نية المعيار AOP.5.2

تحدّد المؤسسة من هم العاملون في المختبر الذين يجرون الاختبارات، بمن فيهم من يجرون اختبارات التحرّي قرب السرير، والعاملون الذين يديرون الاختبارات أو يشرفون عليها. ويكون لدى العاملين المشرفين والفنيين التدريب والخبرة والمهارات الملائمة والكافية، كما يكونون معتادين على عملهم. ويعطى الفنيون مهمات تنسجم مع تدريبهم وخبرتهم. كما يكون هناك عدد كافٍ من العاملين لأداء الاختبارات في الوقت المناسب وتغطية ساعات عمل المختبر والحالات الطارئة.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.2

- ☐ 1. تحديد الأشخاص الذين يجرون الاختبارات والأشخاص الذين يديرونها ويشرفون عليها.
- ☐ 2. أن يجري الاختبارات عاملون على قدر ملائم من التدريب والخبرة (انظر أيضاً SQE.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 3. أن يفسّر النتائج عاملون على قدر كافٍ من التدريب والخبرة (انظر أيضاً SQE.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. وجود عدد كافٍ من العاملين لتلبية احتياجات المرضى.
- ☐ 5. أن يكون العاملون المشرفون على قدر ملائم من التدريب والخبرة.

المعيار

AOP.5.3 تتوافر نتائج المختبر خلال فترة زمنية ملائمة تحددها المؤسسة.

نية المعيار AOP.5.3

تحدّد المؤسسة الفترة الزمنية اللازمة للإفادة عن نتائج اختبارات المختبر. وتبلّغ النتائج ضمن إطار زمني قائم على احتياجات المرضى والخدمات المقدمة واحتياجات العاملين السريريين. ويجب إدخال احتياجات الاختبارات الطارئة والاختبارات التي تجرى بعد ساعات الدوام وفي عطلات نهاية الأسبوع في هذه العملية. تعطى نتائج الاختبارات العاجلة، مثل تلك العائدة إلى قسم الطوارئ ومسرح العمليات ووحدات العناية المركّزة، اهتماماً خاصاً في عملية التخطيط والمراقبة (انظر المسرد أيضاً). وعندما تكون خدمات المختبر متعاقداً عليها (انظر أيضاً "الخدمات المتعاقد عليها" في المسرد) مع مؤسسة خارجية، تكون التقارير في وقتها المناسب أيضاً كما تنصّ على ذلك سياسة المؤسسة أو العقد (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 2، العنصر المقيس 1).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.3

- ☐ 1. أن تضع المؤسسة الوقت المتوقّع لتبليغ عن النتائج.
- ☐ 2. مراقبة أوقات الإبلاغ عن الاختبارات العاجلة/الطارئة.
- ☐ 3. الإبلاغ عن نتائج المختبر ضمن إطار زمني يلبي احتياجات المرضى (انظر أيضاً ASC.7.2).

المعيار

AOP.5.4 تفحص كل المعدات المستخدمة في المختبر بشكل منتظم وتصان وتعاير، وتحفظ سجلات ملائمة عن هذه الأنشطة.

نية المعيار AOP.5.4

يعمل العاملون في المختبر على ضمان أن اشتغال المعدات كافة بشكل مقبول وبطريقة تحفظ سلامة المشغّلين. ويتيح برنامج إدارة معدات المختبر ما يلي:

- انتقاء المعدات والحصول عليها
- تحديد جرد المعدات والقيام به
- تقييم استخدام المعدات من خلال الكشف والاختبار والمعايرة والصيانة
- مراقبة الملاحظات الخاصة بخطورة المعدات، وسحب المعدات، والحوادث المبلّغ عنها، والمشاكل، والأعطال
- توثيق إدارة البرنامج

تتعلّق وتيرة الاختبار والصيانة المعايرة باستخدام المختبر للمعدات وسجل خدمتها الموثّق.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.4

☐ 1. وجود برنامج لإدارة معدات المختبر وتطبيقه (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 1).
☐ 2. أن يشمل البرنامج انتقاء المعدات والحصول عليها.
☐ 3. أن يشمل البرنامج جرد المعدات (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 2)
☐ 4. أن يشمل البرنامج معاينة المعدات واختبارها (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 3).
☐ 5. أن يشمل البرنامج معايرة المعدات وصيانتها (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 4).
☐ 6. أن يشمل البرنامج المراقبة والمتابعة (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 5).
☐ 7. توثيق كل اختبارات المعدات وصيانتها ومعايرتها بشكل ملائم (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 1).

المعيار

AOP.5.5 تتوافر المواد الكاشفة الضرورية وغيرها من الإمدادات بصورة منتظمة.

نية المعيار AOP.5.5

أن تحدد المؤسسة المواد الكاشفة والإمدادات الضرورية لكي يقدّم المختبر خدماته إلى المرضى بصورة منتظمة. وتوضع آلية طلب هذه المواد الكاشفة الضرورية وغيرها من الإمدادات أو تأمينها موضع التنفيذ. تخزن كل المواد الكاشفة وتصرف وفقاً للإجراءات المحددة. ويضمن التقييم الدوري لكل المواد الكاشفة دقّة النتائج. وتضمن التوجيهات الخطية التسمية الكاملة للمواد الكاشفة والمحاليل.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.5

☐ 1. تحديد المواد الكاشفة والإمدادات الضرورية (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 1).
☐ 2. توافر المواد الكاشفة والإمدادات الضرورية.
☐ 3. خزن كل المواد الكاشفة وصرفها وفقاً للتوجيهات (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 2).
☐ 4. تقييم كل المواد الكاشفة بشكل دوري من أجل دقة النتائج.
☐ 5. وسم كل المواد الكاشفة والمحاليل بشكل كامل ودقيق وفقاً للتوجيهات (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 7).

المعيار

AOP.5.6 تتبع إجراءات لجمع العيّنات وتحديدها ومداولتها ونقلها بسلامة والتخلّص منها.

نية المعيار AOP.5.6

توضع الإجراءات وتنفّذ من أجل

- طلب الاختبارات
- جمع العيّنات وتحديدها
- نقل العيّنات وخزنها وحفظها
- تسلّم العيّنات وتسجيلها وتعقّبها

تراعى هذه الإجراءات بالنسبة للعيّنات المرسلة إلى مصادر خارجية للاختبار.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.6

- ☐ 1. أن توجّه الإجراءات طلب الاختبارات.
- ☐ 2. أن توجّه الإجراءات جمع العيّنات وتحديدها (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 1 ، العنصر المقيس 4).
- ☐ 3. أن توجّه الإجراءات نقل العيّنات وخزنها وحفظها.
- ☐ 4. أن توجّه الإجراءات استلام العيّنات وتعقّبها.
- ☐ 5. أن تنفّذ الإجراءات.
- ☐ 6. مراعاة الإجراءات عند استخدام مصادر أو خدمات خارجية.

المعيار

AOP.5.7 تستخدم المعايير والمديات القائمة لتفسير نتائج فحوص المختبر السريرية والإبلاغ عنها.

نية المعيار AOP.5.7

يضع المختبر فترات مرجعية أو مديات "عادية" لكل اختبار يجرى. ويدرج المدى في السجل السريري (انظر المسرد أيضاً)، كجزء من التقرير أو يقوم بإدراج لائحة راهنة بالقيم التي يقرّها مدير المختبر. وتقدّم المديات عندما يجري الاختبار مصدر خارجي. وتكون المديات المرجعية ملائمة لموقع المؤسسة الجغرافي وديمغرافيتها وتراجع وتحدّث عندما تتغيّر الأساليب.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.7

- ☐ 1. أن يكون لدى المختبر مديات مرجعية لكل اختبار يجرى.
- ☐ 2. إدراج المدى في السجل السريري عند الإبلاغ عن نتائج الاختبار.
- ☐ 3. تقديم المديات عند إجراء الاختبارات في مصادر خارجية.
- ☐ 4. أن تكون المديات ملائمة للموقع الجغرافي للمؤسسة وديمغرافيتها.
- ☐ 5. مراجعة المديات وتحديثها عند الحاجة.

المعيار

AOP.5.8 يكون هناك أشخاص مؤهّلون مسؤولون عن إدارة خدمة المختبر السريري أو خدمة علم الأمراض (الباثولوجيا).

نية المعيار AOP.5.8

تخضع خدمات المختبر السريرية لإدارة شخص مؤهل بمقتضى التدريب الموثّق والتمرّس والخبرة والانسجام مع القوانين والأنظمة المطبقة. يتولى هذا الشخص المسؤولية المهنية عن المختبر والخدمات التي يقدّمها بالإضافة إلى الاختبارات المجراة خارج المختبر مثل الاختبار الذي يجرى عند سرير المريض (اختبار نقطة الرعاية). ويشمل الإشراف على الخدمات خارج المختبر ضمان اتساق السياسات والممارسات في كل أنحاء المؤسسة، مثل التدريب وإدارة الإمدادات، إلخ، وليس المراقبة اليومية لهذه الأنشطة. وتبقى المراقبة اليومية مسؤولية قادة الأقسام والوحدات التي تجرى فيها الاختبارات.

عندما يقدّم هذا الشخص الاستشارة السريرية أو الرأي الطبي، فإنّه يكون طبيباً ويفضّل أن يكون مختصاً بعلم الأمراض. وتخضع خدمات المختبر المتخصصة ودون المتخصصة لإدارة أشخاص مؤهّلين. وتشمل مسؤوليات مدير المختبر:

- وضع السياسات والإجراءات وتطبيقها والمحافظة عليها
- الإشراف الإداري
- المحافظة على أي برنامج ضروري لمراقبة الجودة
- تقديم توصية بالمصادر الخارجية للخدمات المخبرية
- مراقبة خدمات المختبر ومراجعتها

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.8

- ☐ 1. خضوع خدمات المختبر السريرية وغيرها من الخدمات المخبرية في المؤسسة لإدارة وإشراف شخص مؤهّل واحد أو أكثر مسؤول عن تنفيذ المسؤوليات المحددة في إعلان النوايا (انظر أيضاً GLD.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن تشمل المسؤوليات وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها والمحافظة عليها.
- ☐ 3. أن تشمل المسؤوليات الإشراف الإداري.
- ☐ 4. أن تشمل المسؤوليات المحافظة على برامج مراقبة الجودة.
- ☐ 5. أن تشمل المسؤوليات تقديم توصية بالمصادر الخارجية للخدمات المخبرية.
- ☐ 6. أن تشمل المسؤوليات مراقبة خدمات المختبر ومراجعتها داخل المختبر وخارجه (انظر أيضاً GLD.3.3، العنصر المقيس 3).

المعياران

AOP.5.9 توضع إجراءات مراقبة الجودة موضع التنفيذ وتتبع وتوثّق.

AOP.5.9.1 توجد عملية لاختبار البراعة.

نية المعيارين AOP.5.9 و AOP.5.9.1

إنّ الأنظمة السليمة لمراقبة الجودة ضرورية لتقديم الخدمات الباثولوجية والمخبرية السريرية الممتازة. وتشكل إجراءات مراقبة الجودة

أ. التحقّق من دقّة وضبط أساليب الاختبار المستخدمة ومدى الإبلاغ عنها

ب. المراقبة اليومية للنتائج من قبل عاملي المختبر المؤهّلين

ج. اتخاذ الإجراء التصحيحي بسرعة عند تحديد قصور ما

د. اختبار المواد الكاشفة (انظر أيضاً AOP.5.5)

هـ توثيق نتائج الإجراءات التصحيحية

يحدّد اختبار الإتقان مقدار جودة نتائج المختبر الفردية مقارنة بمختبرات أخرى تستخدم المنهجيات نفسها. ويمكن أن يحدّد مثل هذا الاختبار مشاكل الأداء التي لم تحدّدها الآليات الداخلية. ومن ثم يشارك المختبر في برنامج مقرّ لاختبار الإتقان عندما يتوافر. وإذا لم تكن البرامج المقرّة متوافرة، يتبادل المختبر العيّنات مع مختبر في مؤسسة أخرى في عملية لاختبار الإتقان. وينفّذ اختبار الإتقان، أو بديل عنه، لكل برامج المختبر الخاصة (انظر المسرد أيضاً) عندما تكون متوافرة.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.9

- ☐ 1. وجود برنامج لمراقبة جودة المختبر السريري.
- ☐ 2. أن يشمل البرنامج التحقّق من طرق الاختبار.
- ☐ 3. أن يشمل البرنامج المراقبة اليومية لنتائج الاختبارات.
- ☐ 4. أن يشمل البرنامج التصحيح السريع لأوجه القصور.

- ☐ 5. أن يشمل البرنامج توثيق النتائج والإجراءات التصحيحية.
- ☐ 6. تنفيذ عناصر البرنامج المحدّدة في إعلان النوايا من (أ) إلى (هـ).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.9.1

- ☐ 1. مشاركة المختبر في برنامج لاختبار إتقان كل خدمات المختبر الخاصة واختباراته، أو بديل له.
- ☐ 2. المحافظة على سجل تراكمي للمشاركة.

المعيار

AOP.5.10 تراجع المؤسسة بانتظام نتائج مراقبة جودة كل المصادر الخارجية لخدمات المختبر.

نية المعيار AOP.5.10

عندما تستخدم المؤسسة مصادر خارجية للخدمات المخبرية، فإنّها تتسلّم بانتظام نتائج مراقبة جودة المصدر الخارجي وتراجعها. ويقوم أشخاص مؤهّلون بمراجعة نتائج مراقبة الجودة.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.10

- ☐ 1. مراجعة نتائج مراقبة جودة المصادر الخارجية بانتظام.
- ☐ 2. قيام أشخاص مؤهّلين بمراجعة نتائج مراقبة الجودة.

المعيار

AOP.5.11 تحصل المؤسسة على خبراء في مجالات تشخيصية خاصة عند الضرورة.

نية المعيار AOP.5.11

المؤسسة قادرة على تحديد الخبراء في مجالات تشخيصية اختصاصية مثل علم الطفيليات وعلم الفيروسات وعلم السموم والاتصال بهم عندما تدعو الحاجة. وتحتفظ المؤسسة بقائمة بأسماء مثل هؤلاء الخبراء.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.5.11

- ☐ 1. حفظ قائمة بأسماء الخبراء في مجالات متخصّصة عند الضرورة.
- ☐ 2. الاتصال بخبراء في مجالات تشخيصية متخصّصة عندما تدعو الحاجة.

علم الأشعة وخدمات التصوير التشخيصي

المعياران

AOP.6 تتوافر خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي للوفاء باحتياجات المرضى، وتلبي كل هذه الخدمات المعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية المطبقة.

AOP.6.1 توفّر المؤسسة خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي أو تتيحها عن طريق الترتيب مع مصادر خارجية.

نية المعيارين AOP.6 و AOP.6.1

يوجد لدى المؤسسة نظام لتقديم خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي التي تتطلّبها جماعات المرضى فيها، والخدمات السريرية المعروضة، واحتياجات مقدّمي الرعاية الصحية. وتلبّي خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي كل المعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية.

يمكن تقديم خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي، بما في ذلك تلك التي تتطلّبها الحالات الطارئة، داخل المؤسسة، أو بالاتفاق مع مؤسسة أخرى، أو الاثنين معاً. وتتوافر خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي بعد ساعات العمل العادية للحالات الطارئة.

المصادر الخارجية ملائمة لحصول المريض عليها، وتستلم التقارير في الوقت المناسب الذي يدعم استمرار الرعاية. وتنتقي المؤسسة المصادر الخارجية استناداً إلى توصية من المدير أو سواه من الأشخاص المسؤولين عن خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي. وتلبي المصادر الخارجية لخدمات الأشعة والتصوير التشخيصي القوانين والأنظمة المطبقة ويكون لديها سجل مقبول من الخدمات الدقيقة المقدّمة في الأوقات المناسبة. ويبلّغ المرضى عندما يكون المصدر الخارجي للخدمات مملوكاً من الطبيب المحيل.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6

- ☐ 1. أن تلبي خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي المعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية المطبقة.
- ☐ 2. توافر خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي الملائمة والمنتظمة لتلبية احتياجات المرضى.
- ☐ 3. توافر خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي في الحالات الطارئة بعد ساعات العمل العادية.

4. العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.1

- ☐ 1. انتقاء المصادر الخارجية استناداً إلى توصيات المدير وسجل مقبول من الأداء المضبوط في الوقت المناسب والامتثال للقوانين والأنظمة المقبولة.
- ☐ 2. إبلاغ المرضى عن أي علاقة بين الطبيب المحيل والمصادر الخارجية لخدمات الأشعة و/أو التصوير التشخيصي (انظر أيضاً GLD.6.1، العنصر المقيس 1).

المعيار

AOP.6.2 يوضع برنامج للسلامة الإشعاعية موضع التنفيذ ويتبع ويوثّق.

نية المعيار AOP.6.2

يوجد في المؤسسة برنامج فاعل للسلامة الإشعاعية يشمل كل مكوّنات خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي بما في ذلك علم الأورام الإشعاعي ومختبر القسطرة القلبية. ويعكس برنامج السلامة الإشعاعية المخاطر المحدقة. ويتعامل البرنامج مع ممارسات سلامة العاملين في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي وسواهم من العاملين والمرضى وتدابير وقايتهم. وينسّق البرنامج مع برنامج إدارة السلامة في المؤسسة.

يشمل برنامج إدارة السلامة الإشعاعية

- سياسات وإجراءات مكتوبة تدعم الامتثال للمعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية
- سياسات وإجراءات مكتوبة لتداول المواد المعدية والخطيرة والتخلّص منها
- توافر وسائل وقائية للسلامة ملائمة للممارسات والمخاطر القائمة
- توجيه كل العاملين في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي إلى إجراءات السلامة وممارساتها
- التعليم في أثناء الخدمة على الإجراءات الجديدة والموادّ الخطيرة المعترف بها أو التي تمّ الحصول عليها حديثاً

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.2

- ☐ 1. وجود برنامج للسلامة الإشعاعية ملائم للأخطار القائمة (انظر أيضاً FMS.4 وFMS.5).
- ☐ 2. تنسيق البرنامج مع برنامج إدارة السلامة في المؤسسة.
- ☐ 3. تعامل السياسات والإجراءات الخطية الامتثال مع المعايير والقوانين والأنظمة المطبقة.
- ☐ 4. تعامل السياسات والإجراءات الخطية تداول المواد المعدية والخطيرة والتخلّص منها.
- ☐ 5. توافر وسائل ملائمة للسلامة الإشعاعية (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 5).
- ☐ 6. توجيه العاملين في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي إلى إجراءات السلامة وممارساتها (انظر أيضاً FMS.11، العنصر المقيس 1؛ وGLD.5.4، العنصران المقيسان 1 و2).

☐ 7. تلقي العاملين في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي التعليم في أثناء الخدمة على الإجراءات الجديدة والموادّ الخطيرة (انظر أيضاً SQE.8، العنصران المقيسان 3 و4).

المعيار

AOP.6.3 يؤدي أشخاص على قدر كافٍ من التدريب والمهارات والتوجّه والخبرة دراسات التصوير التشخيصي ويفسّرون النتائج ويبلغون عنها.

نية المعيار AOP.6.3

تحدّد المؤسسة من هم العاملون في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي الذين يجرون دراسات للتصوير والتشخيص، أو يفسّرون نتائج أو يتحقّقون منها ويبلغون عن النتائج، بالإضافة إلى الذين يديرون هذه العمليات أو يشرفون عليها. ويكون للعاملين الإشرافيين والفنيين التدريب والخبرة والمهارات الملائمة والكافية، فضلاً عن اهتمامهم بعملهم. ويعطى العاملون الفنيون مهام عمل تنسجم مع تدريبهم وخبرتهم. كما يكون هناك ما يكفي من العاملين لإجراء الدراسات وتفسيرها والإبلاغ عنها بسرعة ويوفّر العاملون الضروريون طوال ساعات العمل وللحالات الطارئة.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.3

☐ 1. تحديد العاملين في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي الذين يجرون دراسات للتصوير والتشخيص أو يشرفون عليها.

☐ 2. أن يجري دراسات التشخيص والتصوير عاملون على قدر مناسب من التدريب والخبرة. (انظر أيضاً SQE.4، العنصر المقيس 1).

☐ 3. أن يفسّر عاملون على قدر مناسب من التدريب والخبرة نتائج الدراسات (انظر أيضاً SQE.4، العنصر المقيس 1).

☐ 4. أن يتثبّت العاملون من نتائج الدراسات ويبلغون عنها بشكل ملائم.

☐ 5. أن يكون هناك عدد كافٍ من العاملين لتلبية احتياجات المرضى.

☐ 6. أن يكون للعاملين الإشرافيين التدريب والخبرة الملائمين.

المعيار

AOP.6.4 تتوافر نتائج دراسات الأشعة والتصوير التشخيصي في الوقت المناسب الذي تحدده المؤسسة.

نية المعيار AOP.6.4

تحدّد المؤسسة الفترة الزمنية للإبلاغ عن نتائج الدراسات التشخيصية الإشعاعية والتصوير التشخيصي. ويبلغ عن النتائج ضمن الإطار الزمني استناداً إلى احتياجات المرضى والخدمات المعروضة واحتياجات العاملين السريريين. ويجب إدراج الاختبارات الطارئة وساعات العمل بعد الدوام واحتياجات الاختبارات في عطلات نهاية الأسبوع. وتعطى نتائج دراسات الأشعة والتصوير التشخيصي، مثل تلك الصادرة عن قسم الطوارئ ومسارح العمليات ووحدات الرعاية المركّزة اهتماماً خاصاً في تخطيط العملية ومراقبتها. ويبلّغ عن دراسات الأشعة والتصوير التشخيصي الذي يجريه متعاقدو الخدمات الخارجية وفقاً لسياسة المؤسسة أو متطلّبات العقد (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 2، العنصر المقيس 2).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.4

☐ 1. أن تضع المؤسسة الوقت المتوقّع لتقديم نتائج التقرير.

☐ 2. مراقبة مواعيد الإبلاغ عن تقارير الدراسات الملحة/الطارئة..

☐ 3. الإبلاغ عن نتائج دراسة الأشعة والتصوير التشخيصي ضمن الإطار الزمني الذي يلبي احتياجات المرضى (انظر ASC.7، العنصر المقيس 2).

المعيار

AOP.6.5 تعاين كل المعدات المستخدمة في إجراء الأشعة ودراسات التصوير التشخيصي الأخرى بانتظام وتصان وتعاير وتحفظ سجلات ملائمة عن هذه الأنشطة.

نية المعيار AOP.6.5

يعمل العاملون في خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي على ضمان اشتغال كل المعدات بالمستويات المقبولة وبطريقة توفّر سلامة المشغّلين. يتيح برنامج إدارة معدّات الأشعة والتصوير التشخيصي

- انتقاء المعدات والحصول عليها
- تعريف المعدات وجردها
- تقييم استخدام المعدات من خلال المعاينة والاختبار والمعايرة والصيانة
- مراقبة الملاحظات المتعلّقة بمخاطر المعدات والاستدعاءات والحوادث المبلّغ عنها والمشاكل والأعطال والعمل بموجبها
- توثيق برنامج الإدارة

تتصل وتيرة الاختبار والمعايرة والصيانة باستخدام المعدات وسجل خدمتها الموثّق (انظر أيضاً FMS.7).

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.5

- ☐ 1. وجود برنامج لإدارة معدات الأشعة والتصوير التشخيصي وتنفيذه (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن يشمل البرنامج انتقاء المعدات والحصول عليها
- ☐ 3. أن يشمل البرنامج جرد المعدات (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 2).
- ☐ 4. أن يشمل البرنامج معاينة المعدات واختبارها (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 3).
- ☐ 5. أن يشمل البرنامج معايرة المعدات وصيانتها (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 4).
- ☐ 6. أن يشمل البرنامج المراقبة والمتابعة (انظر أيضاً FMS.8، العنصر المقيس 5).
- ☐ 7. وجود توثيق كافٍ لكل أعمل اختبار المعدات وصيانتها ومعايرتها (انظر أيضاً FMS.1، العنصر المقيس 1).

المعيار

AOP6.6 تتوافر أفلام الأشعة السينية وغيرها من الإمدادات بانتظام.

نية المعيار AOP6.6

تحدّد المؤسسة الأفلام والمواد الكاشفة والإمدادات الضرورية لتقديم خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي إلى مرضاها بانتظام. وتوضع آلية لطلب الأفلام والمواد الكاشفة والإمدادات الضرورية الأخرى موضع التنفيذ. تخزن كل المواد ويتخلّص منها وفقاً للإجراءات المحدّدة. ويضمن التقييم الدوري للمواد الكاشفة دقة النتائج وإحكامها.

العناصر المقيسة للمعيار AOP6.6

- ☐ 1. تحديد أفلام الأشعة السينية والمواد الكاشفة والإمدادات الضرورية (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. توافر أفلام الأشعة السينية والمواد الكاشفة والإمدادات الضرورية
- ☐ 3. خزن كل الإمدادات والتخلّص منها وفقاً للتوجيهات (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 2).
- ☐ 4. تقييم كل الإمدادات بشكل دوري للمحافظة على دقة النتائج.
- ☐ 5. وسم كل الإمدادات بشكل تام ودقيق (انظر أيضاً FMS.5، العنصر المقيس 7).

لمعيار

AOP.6.7 يتولى أشخاص مؤهلون المسؤولية عن إدارة علم الأشعة التشخيصي والخدمات التصويرية.

نية المعيار AOP.6.7

تخضع خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي لإدارة شخص مؤهّل بالتدريب والتمرّس والخبرة الموثقة، بما ينسجم مع القانون والنظام نطبقين. ويتولى هذا الشخص المسؤولية المهنية عن مرفق الأشعة والتصوير التشخيصي والخدمات التي يقدّمها. وعندما يقدّم هذا الشخص ستشارات سريرية أو رأياً طبياً، يجب أن يكون طبيباً، ويفضل أن يكون اختصاصياً بالأشعة. وعندما تقدّم المعالجة بالأشعة أو غيرها من خدمات الخاصة، فإنّها تخضع لإدارة الأشخاص المؤهّلين. وتشمل مسؤوليات مدير قسم الأشعة والتصوير التشخيصي

- وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها وصيانتها
- الإشراف الإداري
- المحافظة على أي برنامج ضروري لمراقبة الجودة
- اقتراح مصادر خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي الخارجية
- مراقبة كل خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي ومراجعتها

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.7

- ☐ 1. خضوع خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي لإدارة شخص مؤهّل واحد أو أكثر (انظر أيضاً GLD.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن تشمل المسؤوليات وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها وصيانتها
- ☐ 3. أن تشمل المسؤوليات الإشراف الإداري
- ☐ 4. أن تشمل السياسات المحافظة على برامج مراقبة الجودة.
- ☐ 5. أن تشمل المسؤوليات اقتراح مصادر خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي الخارجية (انظر أيضاً GLD.3.3، العنصر المقيس 4).
- ☐ 6. أن تشمل المسؤوليات مراقبة كل خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي ومراجعتها (انظر أيضاً GLD.3.3، العنصر المقيس 3).
- ☐ 7. أن يضطلع الأشخاص بمسؤولياتهم.

المعيار

AOP.6.8 توضع إجراءات مراقبة الجودة موضع التنفيذ وتتبع وتوثّق.

نية المعيار AOP.6.8

إنّ الأنظمة السليمة لمراقبة الجودة ضرورية لتقديم خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي.

تشمل إجراءات مراقبة الجودة

- التحقّق من أساليب الاختبار المستخدمة من أجل الدقة والإحكام
- المراقبة اليومية لنتائج التصوير من قبل عاملين مؤهّلين في المختبر
- اتخاذ الإجراء التصحيحي بسرعة عند تحديد قصور ما
- اختبار المواد الكاشفة والمحاليل (انظر أيضاً AOP.6.6)
- توثيق النتائج والإجراءات التصحيحية

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.8

- ☐ 1. وجود برنامج لمراقبة جودة خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي وتنفيذه.
- ☐ 2. تشمل مراقبة الجودة التحقّق من أساليب الاختبار.

- ☐ 3. تشمل مراقبة الجودة المراقبة اليومية لنتائج التصوير.
- ☐ 4. تشمل مراقبة الجودة اتخاذ الإجراء التصحيحي بسرعة عند تحديد قصور ما.
- ☐ 5. تشمل مراقبة الجودة اختبار المواد الكاشفة والمحاليل.
- ☐ 6. تشمل مراقبة الجودة توثيق النتائج والإجراءات التصحيحية

المعيار

AOP.6.9 تراجع المؤسسة بانتظام نتائج مراقبة جودة كل المصادر الخارجية للخدمات التشخيصية.

نية المعيار AOP.6.9

عندما تستخدم المؤسسة مصادر خارجية لخدمات الأشعة والتصوير التشخيصي، فإنّها تتلقى نتائج مراقبة جودة تلك المصادر الخارجية وتراجعها بانتظام. يراجع أشخاص مؤهّلون نتائج مراقبة الجودة. وعندما يكون من الصعب الحصول على مراقبة جودة التصوير التشخيصي للمصادر الخارجية، يضع المدير نهجاً بديلاً للإشراف على الجودة.

العناصر المقيسة للمعيار AOP.6.9

- ☐ 1. تراجع نتائج مراقبة جودة نتائج المصادر الخارجية بانتظام.
- ☐ 2. يراجع أشخاص مؤهّلون نتائج مراقبة الجودة.

المعيار

AOP.6.10 تحصل المؤسسة على خبراء في مجالات تشخيصية خاصة عند الضرورة.

نية المعيار AOP.6.10

تستطيع المؤسسة تحديد خبراء في مجالات تشخيصية خاصة، مثل فيزياء الأشعة أو علم الأورام الإشعاعي أو الطب النووي عند الضرورة، والاتصال بهم. وتحتفظ المؤسسة بقائمة بأسماء مثل هؤلاء الخبراء.

العناصر المقيسة للمعيارAOP.6.10

- ☐ 1. احتفاظ المؤسسة بقائمة بأسماء الخبراء في مجالات تشخيصية متخصصة.
- ☐ 2. اتصال المؤسسة بخبراء في مجالات تشخيصية متخصصة عند الحاجة.

العناية بالمرضى (COP)

نظرة عامة

الهدف الرئيسي لمؤسسة الرعاية الصحية هو رعاية المرضى. ويتطلّب تقديم الرعاية الملاءمة في مكان ما التي تدعم احتياجات كل مريض وتستجيب إليها مستوى عالياً من التخطيط والتنسيق. وثمة بعض الأنشطة الأساسية لرعاية المرضى. بالنسبة لكل الأقسام التي ترعى مرضى هذه الأنشطة تتضمن:

- التخطيط لرعاية كل مريض وتنفيذها
- مراقبة (انظر المسرد أيضاً) المرضى لفهم نتائج الرعاية
- تعديل الرعاية عند الضرورة
- إكمال الرعاية
- التخطيط للمتابعة

يمكن أن يؤدي هذه الأنشطة العديد من الأطباء والممرضين والصيدلانيين والمعالجين التأهيليين، وغيرهم من مقدّمي الرعاية الآخرين. ولكل مقدّم رعاية دور واضح في رعاية المرضى. ويتحدّد ذلك الدور بالترخيص (انظر المسرد أيضاً)، والمؤهّلات (انظر المسرد أيضاً)، والشهادة (انظر المسرد أيضاً)، والقانون والنظام، ومهارات الفرد الخاصة، والمعرفة والخبرة، وسياسات المؤسسة أو مواصفات الوظيفة. ويمكن أن ينفّذ المريض أو عائلته أو الرعاة المدرّبين الآخرين بعض الرعاية.

تصف معايير تقييم المرضى (AOP) (انظر أيضاً الصفحات 73 – 94) أساس تقديم الرعاية: خطة رعاية لكل مريض تستند إلى تقييم احتياجاته. وقد تكون تلك الرعاية وقائية (انظر المسرد أيضاً)، أو تلطيفية (انظر المسرد أيضاً)، أو علاجية، أو تأهيلية، ويمكن أن تشمل التخدير أو الجراحة أو المداواة، أو المعالجات الداعمة، أو ائتلاف منها. لا تكفي خطة الرعاية لتحقيق النتائج المثلى (انظر المسرد أيضاً)، فتقديم الخدمات يجب أن ينسّق ويتكامل عن طريق كل الأفراد الذين يرعون المريض.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

COP.1 السياسات والإجراءات والقوانين والأنظمة المطبقة توجّه الرعاية المنتظمة لكل المرضى.

COP.2 وجود عملية لدمج الرعاية المقدّمة إلى كل مريض وتنسيقها.

COP.2.1 تخطط الرعاية المقدّمة إلى كل مريض وتكتب في سجل المريض.

COP.2.2 يكتب الأشخاص المسموح لهم بكتابة طلبات المريض الطلب في سجل المريض في موقع منتظم.

COP.2.3 تكتب الإجراءات المنفّذة في سجل المريض.

COP.2.4 يبلغ المرضى وعائلاتهم بنتائج الرعاية والمعالجة بما في ذلك النتائج غير المتوقّعة.

COP.3 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى المعرّضين لمخاطر عالية وتقديم الخدمات عالية المخاطر.

COP.3.1 توجّه السياسات والإجراءات رعاية مرضى الطوارئ.

COP.3.2 توجّه السياسات والإجراءات استخدام خدمات الإنعاش في المؤسسة.

COP.3.3 توجّه السياسات والإجراءات تداول الدول ومنتجات الدم واستخدامها وتدبيرها.

COP.3.4 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الذين تدعم حياتهم الأجهزة والمصابين بالسبات.

COP.3.5 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المكبوتي المناعة.

COP.3.6 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى.

COP.3.7 توجّه السياسات والإجراءات استخدام الحجر ورعاية المرضى في الحجر.

COP.3.8 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى المسنّين، والعاجزين، والأطفال، وجماعات المرضى المعرّضين لخطر سوء المعاملة.

COP.3.9 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الذين يتلقّون علاجاً كيميائياً أو مداواة أخرى عالية المخاطر.

COP.4 توافر مجموعة من خيارات التغذية الملائمة لحالة المريض التغذوية والمنسجمة مع رعايته السريرية بشكل منتظم.

COP.4.1 سلامة إعداد الغذاء وتداوله وخزنه وتوزيعه وامتثالها للقوانين والأنظمة والممارسات المقبولة الحالية.

COP.5 يتلقى المرضى المعرّضون لمخاطر غذائية معالجة تغذوية.

COP.6 يتلقى المرضى الدعم في تدبير الألم بفعالية.

COP.7 تتعامل المؤسسة مع الرعاية في نهاية الحياة.

COP.7.1 تصمّم تقييمات المرضى المحتضرين وإعادة تقييمهم وعائلاتهم لتلبية الاحتياجات الفردية بما يتلاءم مع الرعاية والخدمات المقدّمة.

COP.7.2 رعاية المرضى المحتضرين تقدّم لهم الراحة المثلى والكرامة.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

تقديم الرعاية لكل المرضى

المعيار

COP.1 السياسات والإجراءات والقوانين والأنظمة المطبقة توجّه الرعاية المنتظمة لكل المرضى.

نية المعيار COP.1

للمرضى الذين يعانون من المشاكل الصحية واحتياجات الرعاية نفسها حقّ تلقي النوعية نفسها من الرعاية في المؤسسة بأكملها. ويتطلّب تنفيذ مبدأ "مستوى واحد من نوعية الرعاية" أن يخطط القادة رعاية المرضى وتنسيقها. وعلى وجه الخصوص، توجّه السياسات والإجراءات الخدمات المقدّمة إلى جماعات المرضى المتماثلين في الدوائر أو الأماكن المتعدّدة بما يؤدي إلى تنفيذها بشكل منتظم. بالإضافة إلى ذلك، يضمن القادة توافر المستوى نفسه من الرعاية كل يوم من أيام الأسبوع وكل نوبات العمل في كل يوم. وتحترم تلك السياسات والإجراءات القوانين والأنظمة المطبّقة التي تصيغ عملية الرعاية ويفضّل أن توضع بشكل تعاوني. وتنعكس الرعاية المنتظمة للمرضى بما يلي:

1. لا يتوقّف الحصول على الرعاية والمعالجة وملاءمتهما على قدرة المريض على الدفع أو مصدر الدفع.
2. لا يتوقّف الحصول على الرعاية والمعالجة الملائمتين بواسطة ممارسين مؤهّلين على يوم الأسبوع أو الوقت خلال اليوم.
3. تحدّد حدّة حالة المريض المصادر المخصصة لتلبية احتياجات المريض.
4. يكون مستوى الرعاية المقدمة إلى المرضى (مثل رعاية التخدير) هي نفسها في كل أقسام المؤسسة.
5. يتلقى المرضى ذوي الاحتياجات التمريضية نفسها مستويات مشابهة من الرعاية التمريضية في كل أنحاء المؤسسة.

تؤدي الرعاية المنتظمة إلى الاستخدام الكفء للمصادر ويسمح بتقييم نتائج الرعاية المتماثلة في المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار COP.1

☐ 1. يتعاون قادة المؤسسة لتقديم عمليات الرعاية المنتظمة (انظر أيضاً ACC.1.1 وAOP.4، العنصر المقيس 1).

☐ 2. توجّه السياسات والإجراءات الرعاية المنتظمة وتعكس القوانين والأنظمة ذات الصلة.

☐ 3. تقدّم الرعاية المنتظمة التي تلبي المتطلّبات 1 إلى 5 في إعلان النوايا (انظر أيضاً ASC.3.1، العنصر المقيس 1).

المعيار

COP.2 وجود عملية لدمج الرعاية المقدّمة إلى كل مريض وتنسيقها.

نية المعيار COP.2

تكون عملية رعاية المرضى (انظر المسرد أيضاً) ديناميكية وتشمل العديد من مقدّمي الرعاية ويمكن أن تشمل عدة أماكن وأقسام للرعاية والخدمات. ويشكّل تكامل أنشطة الرعاية والتنسيق فيما بينها أهدافاً تؤدي إلى عمليات رعاية تتسم بالكفاءة والاستخدام الفعّال للموارد البشرية وسواها، واحتمال التوصّل إلى نتائج أفضل بالنسبة إلى المريض. وهكذا يستخدم القادة الأدوات والأساليب لتحسين تكامل رعاية مرضاهم وتنسيقها (مثل الرعاية المقدّمة من قبل فريق، والجولات المتعدّدة الأقسام على المرضى، ونماذج تخطيط الرعاية المشتركة، وسجل المريض المتكامل (انظر المسرد أيضاً). (انظر أيضاً إعلان نية المعيار AOP.4).

يسهّل سجل المريض تكامل الرعاية وتنسيقها ويعكسها. وعلى وجه الخصوص، يدوّن كل مقدّم رعاية ملاحظته والمعالجات في سجل المريض. وكذلك تكتب أي نتائج أو استنتاجات صادرة عن اجتماعات فريق رعاية المريض أو مناقشات حالة المريض المماثلة في سجل المريض (انظر أيضاً COP.5، العنصر المقيس 2).

العناصر المقيسة للمعيار COP.2

- ☐ 1. تكامل التخطيط للرعاية وتنسيقها بين الأماكن والأقسام والخدمات (انظر أيضاً ACC.2، العنصر المقيس 3).
- ☐ 2. تكامل تقديم الرعاية وتنسيقها بين الأماكن والأقسام والخدمات.
- ☐ 3. كتابة نتائج أو استنتاجات أي اجتماع لفريق رعاية المريض أو المناقشات التعاونية الأخرى في سجل المريض.

المعيار

COP.2.1 تخطط الرعاية المقدّمة إلى كل مريض وتكتب في سجل المريض.

نية المعيار COP.2.1

تخطّط عمليات رعاية المرضى لتحقيق النتائج المثلى. وتستخدم عملية التخطيط البيانات (انظر المشرد أيضاً) من التقييم الابتدائي وإعادة التقييم الدوري لتحديد المعالجات والإجراءات والرعاية التمريضية وغيرها من الرعاية وأولوياتها بما يلبي احتياجات المريض. ويشرك المريض وعائلته في عملية التخطيط، وتدوّن الخطة في سجل المريض. توضع خطة الرعاية خلال 24 ساعة من إدخال المريض كمريض داخلي (انظر المسرد أيضاً). وتحدّث الخطة استناداً إلى إعادة تقييم المريض التي يجريها مقدّمو الرعاية عند الاقتضاء لتعكس تطوّر حالة المريض.

يجب أن تكون الرعاية المخططة للمريض ذات صلة باحتياجاته المحدّدة. ويمكن أن تتغيّر هذه الاحتياجات نتيجة التحسّن السريري، والحصول على معلومات جديدة من إعادة التقييم الروتينية (مثل نتائج المختبر أو الأشعة غير السوية)، أو قد تكون واضحة من التغيّر المفاجئ في حالة المريض (مثل فقد الوعي). وعندما تتغيّر الاحتياجات، تتغيّر رعاية المريض أيضاً. وتدوّن التغيّرات في السجل كملاحظات على الخطة الابتدائية، أو كأهداف رعاية منقّحة أو جديدة، أو قد ينتج عنها خطة جديدة.

ملاحظة: تفضل الخطة الواحدة المتكاملة على إدخال خطة رعاية منفصلة لكل مقدّم رعاية. ويجب أن تعكس خطة رعاية كل مريض أهداف الرعاية الفردية والموضوعية والواقعية لتسهيل إعادة التقييم ومراجعة خطة الرعاية.

العناصر المقيسة للمعيار COP.2.1

- ☐ 1. التخطيط لرعاية كل مريض بواسطة الطبيب المسؤول والممرّض وغيرهما من الاختصاصيين الصحيين خلال 24 ساعة من الإدخال كمريض داخلي.
- ☐ 2. أن تكون خطة الرعاية فردية وتستند إلى بيانات التقييم الابتدائية للمريض.
- ☐ 3. تحديث الخطة أو تنقيحها، عند الاقتضاء، استناداً إلى إعادة تقييم المريض التي يجريها مقدّمو الرعاية.
- ☐ 4. تدوين الرعاية المخططة لكل مريض في سجلّه.
- ☐ 5. تقديم الرعاية المخططة.
- ☐ 6. أن يدون اختصاصيو تقديم الرعاية الصحية الرعاية المقدمة لكل مريض في سجله (انظر أيضاً ASC.7.2؛ وASC.5.2، العنصر المقيس 1؛ وCOP.2.3، العنصر المقيس 1).

المعيار

COP.2.2 يكتب الأشخاص المسموح لهم بكتابة طلبات المريض الطلب في سجل المريض في موقع منتظم.

نية المعيار COP.2.2

تشمل أنشطة رعاية المرضى طلبات لإجراء اختبارات مخبرية، وإعطاء الأدوية، والرعاية التمريضية، والمعالجة التغذوية (انظر المسرد أيضاً). ويطلب الأفراد المؤهّلون الإجراءات التشخيصية والجراحية وسواها. ويجب أن تكون مثل هذه الطلبات سهلة المنال إذا كان يجب العمل عليها في الوقت المناسب. ويسهّل تدوين الطلبات على صفحة مشتركة أو في موقع منتظم في سجلات المرضى تنفيذ هذه الطلبات. ويمكن كتابة الطلبات على صفحة للطلبات تنقل إلى سجل المريض بشكل دوري أو عند التخريج.

تقرّر كل مؤسسة

- ما هي الطلبات التي يجب كتابتها بدلاً من أن تكون شفهية
- ما هي طلبات الصور التشخيصية والاختبارات المخبرية السريرية التي تقدّم إشارة أو تبريراً سريرياً
- أي توقّعات في الأماكن المتخصصة مثل أقسام الطوارئ ووحدات الرعاية المركزة
- من يسمح له بكتابة الطلبات
- أين توجد الطلبات في سجل المريض

العناصر المقيسة للمعيار COP.2.2

- ☐ 1. كتابة الطلبات عند الحاجة إليها واتباع سياسة المؤسسة (انظر أيضاً MMU.4).
- ☐ 2. أن تشمل طلبات الصور التشخيصية والاختبارات المخبرية السريرية إشارة أو تبريراً سريرياً عندما تدعو الحاجة إلى التفسير.
- ☐ 3. ألا يكتب الطلبات إلا من يسمح لهم بذلك.
- ☐ 4. وجود الطلبات في موقع منتظم في سجلات المرضى.

المعيار

COP.2.3 تكتب الإجراءات المنفّذة في سجل المريض.

نية المعيار COP.2.3

تكتب الإجراءات التشخيصية وسواها والنتائج في سجل المريض. وتشمل مثل هذه الإجراءات التنظير الداخلي والقسطرة القلبية وغيرها من الإجراءات التشخيصية والعلاجية المتداخلة وغير الباضعة (للإجراءات الجراحية، انظر ASC.7.2، العنصر المقيس 2؛ وCOP.2.1، العنصر المقيس 6).

العناصر المقيسة للمعيار COP.2.3

- ☐ 1. كتابة الإجراءات المنفذة في سجل المريض.
- ☐ 2. كتابة نتائج الإجراءات المنفّذة في سجل المريض.

المعيار

COP.2.4 يبلغ المرضى وعائلاتهم بنتائج الرعاية والمعالجة بما في ذلك النتائج غير المتوقّعة.

نية المعيار COP.2.4

تشكّل عملية الرعاية والمعالجة دورة متواصلة من التقييم وإعادة التقييم، والتخطيط وتقديم الرعاية، وتقييم النتائج. ويبلّغ المرضى وعائلاتهم بنتائج عملية التقييم، وبالرعاية والمعالجة المخططة، ويشاركون في قرارات الرعاية. ومن ثم لإكمال دورة المعلومات مع المرضى، يجب إبلاغهم بنتائج الرعاية والمعالجة. ويشمل ذلك إبلاغهم بأي نتائج غير متوقّعة للرعاية.

العناصر المقيسة للمعيار COP.2.4

- ☐ 1. إبلاغ المرضى وعائلاتهم عن نتائج الرعاية والمعالجة التي تقدّم إليهم (انظر أيضاً PFR.2.1.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. إبلاغ المرضى وعائلاتهم عن أي نتائج غير متوقّعة للرعاية والمعالجة التي تقدّم إليهم (انظر أيضاً PFR.2.1.1، العنصر المقيس 2).

رعاية المرضى المعرضين لمخاطر عالية وتقديم الخدمات عالية المخاطر

المعيار

COP.3 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى المعرّضين لمخاطر عالية وتقديم الخدمات عالية المخاطر.

نية المعيار COP.3

ترعى مؤسسات الرعاية الصحية العديد من المرضى الذين لديهم احتياجات متنوّعة للرعاية الصحية. يعتبر بعض المرضى معرّضين لمخاطر عالية بسبب سنّهم أو حالتهم، أو الطبيعة الحرجة لاحتياجاتهم. ويوضع الأطفال والمسنّون عادة في هذه الفئة لأنّهم لا يستطيعون في الغالب التحدّث عن أنفسهم، ولا يفهمون عملية الرعاية، ولا يمكنهم المشاركة في القرارات المتعلّقة برعايتهم. وعلى نحو مماثل، لا يستطيع الخائفون أو المشوّشون أو المصابون بالسبات، أو مرضى الطوارئ (انظر المسرد أيضاً) فهم عملية الرعاية عندما يجب تقديم الرعاية بكفاءة وسرعة.

تقدّم مؤسسات الرعاية الصحية أيضاً العديد من الخدمات التي تعتبر عالية المخاطر لأنها المعدات المعقّدة اللازمة لمعالجة حالة مهدّدة للحياة (مرضى الديلزة)، أو طبيعة المعالجة (استخدام الدم ومنتجات الدم)، أو احتمال إلحاق الضرر بالمريض في الحجز أو التأثيرات السامة لبعض الأدوية عالية المخاطر، وتعتبر بعض هذه الخدمات عالية الخطورة لاحتياجها للمعدات المعقدة اللازمة لمعالجة حالة مهددة للحياة (مرضى غسيل الكلى).

تعتبر السياسات والإجراءات أدوات مهمة لكي يفهم العاملون هؤلاء المرضى والخدمات ويستجيبوا بطريقة شاملة تتسم بالكفاءة والانتظام. ويكون القادة مسؤولين عن

- تحديد المرضى المعرّضين لمخاطر عالية والخدمات التي تعتبر عالية المخاطر في المؤسسة
- استخدام آلية تعاونية لوضع السياسات والإجراءات ذات الصلة
- تدريب العاملين على تنفيذ السياسات والإجراءات.

تشمل الآلية المرضى والخدمات المحدّدة في COP.3.1 إلى COP.3.9، عندما تكون حاضرة في المؤسسة. ويضمّ مزيد من المرضى والخدمات عندما تمثّل في جماعة المرضى والخدمات في المؤسسة.

ربما ترغب المؤسسات أيضاً في تحديد المخاطر الجانبية المتأتية من أي إجراء أو خطة للرعاية (مثل الحاجة إلى منع التخثّر العميق في الأوردة وقرحات الاستلقاء والسقطات). ويمكن تجنّب مثل هذه المخاطر بتثقيف العاملين ووضع السياسات والإجراءات الملائمة (انظر أيضاً PFR.1.5، العنصران المقيسان 1 و2).

العناصر المقيسة للمعيار COP.3

- ☐ 1. أن يحدّد قادة المؤسسة المرضى المعرّضين لمخاطر عالية والخدمات عالية المخاطر.
- ☐ 2. أن يستخدم القادة آلية تعاونية لوضع السياسات والإجراءات المطبقة.
- ☐ 3. وجوب تدريب العاملين واستخدامهم للسياسات والإجراءات لتوجيه الرعاية.

المعايير

COP.3.1 توجّه السياسات والإجراءات رعاية مرضى الطوارئ.

COP.3.2 توجّه السياسات والإجراءات استخدام خدمات الإنعاش في المؤسسة.

COP.3.3 توجّه السياسات والإجراءات تداول الدول ومنتجات الدم واستخدامها وتدبيرها.

COP.3.4 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الذين تدعم حياتهم الأجهزة والمصابين بالسبات.

COP.3.5 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المكبوتي المناعة.

COP.3.6 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى.

COP.3.7 توجّه السياسات والإجراءات استخدام الحجر ورعاية المرضى في الحجر.

COP.3.8 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى المسنّين، والعاجزين، والأطفال، وجماعات المرضى المعرّضين لخطر سوء معاملة.

COP.3.9 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الذين يتلقّون علاجاً كيميائياً أو مداواة أخرى عالية المخاطر.

نية المعايير COP.3.1 إلى COP.3.9

يجب وضع السياسات والإجراءات للمرضى المعرّضين لمخاطر عالية أو للخدمة ذات المخاطر العالية لكي تكون ملائمة وفعّالة في خفض المخاطر ذات الصلة. ومن المهم على وجه الخصوص أن تحدّد السياسة أو الإجراء

أ. كيف سيتمّ التخطيط، بما في ذلك تحديد الاختلافات بين جماعات المرضى البالغين والأطفال، أو اعتبارات أخرى.
ب. التوثيق المطلوب لفريق الرعاية لكي يعمل ويتواصل بفعالية.
ج. اعتبارات الموافقة الخاصة، عند الاقتضاء.
د. متطلّبات مراقبة المرضى.
هـ. المؤهّلات أو المهارات الخاصة للعاملين المشاركين في عملية الرعاية.
و. توافر المعدات الخاصة واستخدامها.

غالباً ما تكون التوجيهات السريرية (انظر المسرد أيضاً) أو المسارات السريرية (انظر المسرد أيضاً) مفيدة في وضع السياسات والإجراءات ويمكن أن تدرج فيها (انظر أيضاً PFR.1.4، العنصر المقيس 2؛ PFR.1.5، العنصر المقيس 2؛ AOP.1.7).

ملاحظة: يجب أن تعكس السياسات والإجراءات العناصر (أ) إلى (و) في إعلان النوايا بالنسبة للمعايير COP.3.1 إلى COP.3.9.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.1

- ☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية مرضى الطوارئ.
- ☐ 2. حصول المرضى على رعاية منسجمة مع السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.2

- ☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة الاستخدام المتسق لخدمات الإنعاش في المؤسسة.
- ☐ 2. تقديم الإنعاش بموجب السياسات والإجراءات

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.3

- ☐ 1. أن توجه السياسات والإجراءات الملائمة تداول الدم ومنتجات الدم واستخدامها وإعطاءها.
- ☐ 2. إعطاء الدم ومنتجات الدم بموجب السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.4

- ☐ 1. أن توجه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى المصابين بالسبات.
- ☐ 2. أن توجه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى الذين تدعم الأجهزة حياتهم.
- ☐ 3. حصول المرضى المصابين بالسبات أو الذين تدعم الأجهزة حياتهم على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.5

- ☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى المصابين بأمراض سارية.

☐ 2. أن توجه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى ذوي المناعة المكبوتة.
☐ 3. حصول المرضى المكبوتي المناعة والمصابين بأمراض سارية على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.6

☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى.
☐ 2. حصول مرضى غسيل الكلى على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.7

☐ 1. أن توجه السياسات والإجراءات الملائمة استخدام الحجر.
☐ 2. حصول المرضى الذين في الحجر على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.8

☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى المسنّين الواهنين المعتمدين على الغير.
☐ 2. حصول المرضى المسنّين الواهنين المعتمدين على الغير على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.
☐ 3. أن توجّه السياسات الملائمة رعاية الأطفال الصغار المعتمدين على الغير.
☐ 4. حصول الأطفال الصغار المعتمدين على الغير على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.
☐ 5. أن تحدّد جماعات المرضى المعرّضون لمخاطر سوء المعاملة وتوجه السياسات والإجراءات الملائمة رعايتهم.
☐ 6. حصول جماعات المرضى المعرضين لمخاطر سوء المعاملة على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.

العناصر المقيسة للمعيار COP.3.9

☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة رعاية المرضى الذين يتلقون علاجاً كيميائياً أو أدوية أخرى عالية المخاطر.
☐ 2. حصول المرضى الذين يتلقون علاجاً كيميائياً أو أدوية أخرى عالية المخاطر على الرعاية بموجب السياسات والإجراءات.

العلاج بالغذاء والتغذية

المعيار

COP.4 توافر مجموعة من خيارات التغذية الملائمة لحالة المريض التغذوية والمنسجمة مع رعايته السريرية بشكل منتظم.

نية المعيار COP.4

الغذاء والتغذية الملائمان مهمان لرفاه المرضى وشفائهم. يتوافر الغذاء الملائم لسنّ المريض وتفضيلاته الثقافية والغذائية والرعاية المخططة على أساس منتظم. ويشارك المريض في التخطيط للغذاء وانتقائه، ويمكن أن تشارك عائلة المريض، عند الاقتضاء، في توفير الغذاء المنسجم مع التقاليد والممارسات الثقافية والدينية وسواها. يطلب طبيب المريض أو غيره من مقدّمي الرعاية المؤهّلين الغذاء الملائم أو مغذيات أخرى للمريض استناداً إلى احتياجات المريض المقيّمة وخطة الرعاية. وعندما تقدّم عائلة المريض وغيرها الغذاء للمريض، يوجّهون إلى الأغذية الممنوعة وفقاً لاحتياجات وخطط رعاية المريض، بما في ذلك المعلومات عن أي دواء مترافق مع تفاعلات الأغذية. ويقدّم للمرضى، ما أمكن ذلك، مجموعة من خيارات الغذاء المنسجمة مع حالتهم التغذوية (انظر المسرد أيضاً).

العناصر المقيسة للمعيار COP.4

☐ 1. توافر الغذاء والتغذية الملائمين للمريض بانتظام.
☐ 2. وجود طلب للغذاء لكل المرضى في سجلاتهم.
☐ 3. استناد الطلب إلى حالة المريض التغذوية واحتياجاته.

- 4. حصول المرضى على مجموعة منوّعة من خيارات الأغذية المنسجمة مع حالتهم ورعايتهم.
- 5. توجيه العائلات، عندما يقدّمون الغذاء، بشأن قيود النظام الغذائي للمريض.

لمعيار

COP.4.1 سلامة إعداد الغذاء وتداوله وخزنه وتوزيعه وامتثالها للقوانين والأنظمة والممارسات المقبولة الحالية.

نية المعيار COP.4.1

يراقب إعداد الغذاء وخزنه وتوزيعه لضمان السلامة والامتثال للقوانين والأنظمة والممارسات الراهنة المطبّقة. وتقلّل ممارسات إعداد غذاء وخزنه مخاطر التلوّث (انظر المسرد أيضاً) وفساده. يوزّع الغذاء على المرضى في أوقات محدّدة. وتتوافر الأغذية والمنتجات الغذائية، بما في ـت منتجات الغذاء المعوية، لتلبية احتياجات المريض الخاصة.

العناصر المقيسة للمعيار COP.4.1

- ☐ 1. إعداد الغذاء بطريقة تقلّل مخاطر التلوّث والفساد.
- ☐ 2. خزن الغذاء بطريقة تقلل مخاطر التلوّث والفساد.
- ☐ 3. خزن منتجات المعوية وفقاً لتوصيات المنتج وسياسة المؤسسة.
- ☐ 4. توزيع الغذاء في أوقات محددة، وتلبية الطلبات الخاصة.
- ☐ 5. امتثال الممارسات للقوانين والأنظمة والممارسات المقبولة المطبقة.

المعيار

COP.5 يتلقى المرضى المعرّضون لمخاطر غذائية معالجة تغذوية.

نية المعيار COP.5

في التقييم الابتدائي، يتحرّى المرضى للتعرّف على من منهم معرّض لخطر تغذوي. ويحال هؤلاء المرضى إلى اختصاصي في التغذية لمزيد من التقييم. وعندما يحدّد أنّ هناك مريضاً معرّضاً لخطر تغذوي، تطبّق خطة للمعالجة التغذوية (انظر المسرد أيضاً). ويراقب تقدّم المريض ويدوّن في سجلّه. ويتعاون الأطباء والمرّضون والخدمة الغذائية، وعائلة المريض عند الاقتضاء، في تخطيط المعالجة التغذوية وتقديمها (انظر أيضاً AOP.1.6).

العناصر المقيسة للمعيار COP.5

- ☐ 1. تلقي المرضى الذين خضعوا لمخاطر تغذوية إلى علاج تغذوي.
- ☐ 2. استخدام آلية تعاونية لتخطيط المعالجة التغذوية وتنفيذها ومراقبتها (انظر أيضاً COP.2).
- ☐ 3. مراقبة استجابة المريض للمعالجة التغذوية (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. تدوين استجابة المريض للمعالجة التغذوية في سجلّه (انظر أيضاً MCI.19.2، العنصر المقيس 4).

تدبير الألم والرعاية في نهاية الحياة

يتطلب المرضى الذين يعانون من الألم أو يقتربون من نهاية الحياة وعائلاتهم رعاية مركّزة على احتياجاتهم الفريدة. قد يعاني المرضى من ألم مترافق مع المعالجات أو الإجراءات مثل الألم بعد الجراحة، أو الألم في أثناء جلسة علاج فيزيائي، أو الألم المرافق لمرض مزمن أو مرض حادّ. وقد يعاني المحتضرون أيضاً من أعراض أخرى (انظر المسرد أيضاً) تتعلّق بآلية المرض أو المعالجات الشافية أو ربما يحتاجون إلى المساعدة في المسائل النفسية والروحية والثقافية المصاحبة للوفاة والاحتضار. وقد تحتاج العائلات ومقدّمو الرعاية إلى استراحة من العناية بأحد أفراد المريض العائلة بمرض مميت أو المساعدة في التعامل مع الحزن والفقد.

ينظر هدف المؤسسة الرامي إلى تدبير الألم أو تقديم الرعاية في نهاية الحياة في الأماكن التي تقدّم فيها الرعاية أو الخدمة مثل (مأوى المسنّين أو وحدة الرعاية التلطيفية)، ونوع الخدمات المقدّمة، وجماعات المرضى المخدومين. وتضع المؤسسة آليات لتدبير الألم والرعاية في آخر العمر. وهذه الآليات

- تضمن للمرضى تقييم الألم والأعراض وتدبيرها بشكل ملائم
- تضمن للمرضى الذين يعانون الألم أو يوشكون على الموت العلاج بكرامة واحترام
- تعدّ النهُج الوقائية والعلاجية لتدبير الألم والأعراض الأخرى
- تعلّم المرضى والعاملين عن تدبير الألم والأعراض الأخرى
- تقيّم المرضى بالوتيرة اللازمة لتحديد الألم والأعراض الأخرى

المعيار

COP.6 يتلقى المرضى الدعم في تدبير الألم بفعالية.

نية المعيار COP.6

يمكن أن يكون الألم جزءاً شائعاً في تجربة المريض، وللألم غير المفرّج تأثيرات بدنية ونفسية معاكسة. يُحترم حق الشخص في التقييم الملائم للألم ومعالجته ويلقى الدعم. وتبعاً لنطاق الخدمات (انظر المسرد أيضاً) المقدّمة، تضع المؤسسة آليات لتقييم الألم وتدبيره بصورة ملائمة، وتشمل

أ. تحديد المرضى الذين يعانون من الألم في أثناء التقييم الابتدائي وإعادة التقييم.

ب. تقديم تدبير الألم تبعاً للتوجيهات أو البروتوكولات (انظر المسرد أيضاً).

ج. الاتصال بالمرضى وعائلاتهم وتعليمهم عن الألم وتدبير الأعراض في سياق معتقداتهم الشخصية والثقافية والدينية (انظر أيضاً PFR.1.1، العنصر المقيس 1).

د. تعليم مقدّمي الرعاية الصحية عن تقييم الألم وتدبيره (انظر PFR.2.4).

العناصر المقيسة للمعيار COP.6

☐ 1. أن يكون لدى المؤسسة آليات لتحديد المرضى الذين يعانون من الألم استناداً إلى نطاق الخدمات المقدّمة (انظر أيضاً AOP.1.8.2، العنصر المقيس 1).

☐ 2. تلقي المرضى الذين يعانون من الألم الرعاية تبعاً لتوجيهات تدبير الألم.

☐ 3. أن يكون لدى المؤسسة آليات للتواصل مع المرضى وعائلاتهم بشأن الألم استناداً إلى نطاق الخدمات المقدّمة (انظر أيضاً PFE.4، العنصر المقيس 5).

☐ 4. أن يكون لدى المؤسسة آليات لتعليم العاملين عن الألم استناداً إلى نطاق الخدمات المقدّمة (انظر أيضاً SQE.3، العنصر المقيس 1).

المعيار

COP.7 تتعامل المؤسسة مع الرعاية في نهاية الحياة.

نية المعيار COP.7

للمرضى الذين يعانون من الألم أو يحتضرون احتياجات فريدة للرعاية التي توفّر لهم الاحترام والرحمة. لتحقيق ذلك، يجب إطلاع كل العاملين على الاحتياجات الفريدة للمرضى الذين يعانون من الألم أو يحتضرون. ويجب أن يوجّه الاهتمام لراحة المريض وكرامته كل نواحي الرعاية في المرحل النهائية للحياة. وتشمل رعاية نهاية الحياة التي توفّرها المؤسسة

أ. تقديم العلاج الملائم لأي أعراض تبعاً لرغبات المريض وعائلته.

ب. التعامل بحساسية مع قضايا مثل تشريح الجثة ووهب الأعضاء.

ج. احترام قيم المريض ودينه وتفضيلاته الثقافية (انظر أيضاً PFR.1.1، العنصر المقيس 1).
د. إشراك المريض وعائلته في كل نواحي الرعاية.
هـ. الاستجابة إلى الاهتمامات النفسية والعاطفية والروحية والثقافية للمريض وعائلته.

لتحقيق هذه الأهداف، يطلع كل العاملين على الاحتياجات الفريدة للمرضى في نهاية الحياة (انظر أيضاً PFR.2.5).

العناصر المقيسة للمعيار COP.7

- ☐ 1. إطلاع العاملين على الاحتياجات الفريدة للمرضى في نهاية الحياة.
- ☐ 2. أن تتعامل الرعاية في نهاية الحياة التي تقدّمها المؤسسة مع احتياجات المرضى المحتضرين بما في ذلك العناصر من (أ) إلى (هـ) في إعلان النوايا بما يتناسب مع المريض وعائلته.

المعيار

COP.7.1 تصمّم تقييمات المرضى المحتضرين وإعادة تقييمهم وعائلاتهم لتلبية الاحتياجات الفردية بما يتلاءم مع الرعاية والخدمات المقدّمة.

نية المعيار COP.7.1

يجب أن تكون التقييمات وإعادة التقييم فردية لتلبية احتياجات المريض وعائلته عندما يكون المريض في نهاية حياته. ويجب أن تقوّم التقييمات وإعادة التقييم عند الاقتضاء

أ. الأعراض مثل الغثيان والمعاناة التنفسية.
ب. العوامل التي تلطّف الأعراض البدنية أو تفاقمها.
ج. تدبير الأعراض الراهنة واستجابة المريض.
د. توجّه المريض وعائلته الروحي وأي مشاركة في فئة دينية عند الاقتضاء.
هـ. اهتمامات المريض وعائلته الروحية أو احتياجاته مثل اليأس أو المعاناة أو الذنب أو الصفح.
و. الحالة النفسية والاجتماعية للمريض وعائلته مثل علاقات العائلة وكفاية جوّ المنزل إذا كانت الرعاية ستقدّم هناك، والتعامل مع الآليات، وردود أفعال المريض وعائلته على المرض.
ز. الحاجة إلى الدعم أو خدمات إراحة المريض أو عائلته أو مقدّمي الرعاية الآخرين.
ح. الحاجة إلى مكان أو مستوى رعاية بديل.
ط. عوامل الخطر على البقاء (انظر المسرد أيضاً) مثل تعامل العائلة مع الآليات واحتمال ردود الأفعال المرضية الحزينة.

العناصر المقيسة للمعيار COP.7.1

- ☐ 1. تقييم المرضى وعائلاتهم وإعادة تقييمهم فيما يتعلّق بالعناصر المحدّدة في (أ) إلى (ط) من إعلان النوايا على الأقل، عند الاقتضاء.
- ☐ 2. أن توجّه نتائج التقييم الرعاية والخدمات المقدّمة (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 2).

المعيار

COP.7.2 رعاية المرضى المحتضرين تقدّم لهم الراحة المثلى والكرامة.

نية المعيار COP.7.2

تضمن المؤسسة الرعاية الملائمة للذين يعانون من الألم أو المحتضرين عن طريق

- التدخّل لتدبير الألم والأعراض الأولية أو الثانوية

- تجنّب الأعراض بالقدر المعقول الممكن
- التدخّل الذي يتعامل مع الاحتياجات النفسية والعاطفية والروحية للمريض وعائلته فيما يتعلّق بالاحتضار والحزن
- التدخّل الذي يتعامل مع الاهتمامات الدينية والثقافية للمريض وعائلته
- إشراك المريض وعائلته في قرارات الرعاية

العناصر المقيسة للمعيار COP.7.1

- ☐ 1. أن تتمّ التدخّلات لتدبير الألم والأعراض الأولية أو الثانوية (انظر أيضاً PFR.2.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. تجنّب الأعراض بالقدر المعقول الممكن.
- ☐ 3. تعامل الأعراض مع الاحتياجات النفسية والعاطفية والروحية للمريض وعائلته فيما يتعلّق بالاحتضار والحزن.
- ☐ 4. تعامل التدخّلات مع الاهتمامات الدينية والثقافية للمريض وعائلته.
- ☐ 5. إشراك المريض وعائلته في قرارات الرعاية

◥ التخدير والعناية الجراحية (ASC)

نظرة عامة

استخدام التخدير والتسكين والتدخلات الجراحية عمليات شائعة ومعقّدة في مؤسسات الرعاية الصحية. وهي تتطلّب تقييماً كاملاً وشاملاً للمريض، وتخطيطاً للرعاية المتكاملة، والمراقبة المستمرة (انظر المسرد أيضاً) للمريض، والإحالة (انظر المسرد أيضاً) القائمة على المعايير من أجل استمرار الرعاية والتأهيل والإحالة والتخريج في نهاية المطاف.

يشيع النظر إلى التخدير والتسكين (انظر المسرد أيضاً) كمتصل من التسكين الأدنى (انظر المسرد أيضاً) إلى التخدير التام. ومع تغيّر استجابة المريض على طول هذا المتصل، ينظّم استخدام التخدير والتسكين بطريقة متكاملة. وهكذا يضمّ هذا الفصل التخدير والتسكين المعتدل والعميق، تكون خلالها منعكسات المريض الوقائية اللازمة للوظائف التنفسية في خطر. ولا يتعامل هذا الفصل مع استخدام التسكين الأدنى. ومن ثم فإنّ استخدام مصطلح "تبنيج" يشمل التسكين المعتدل والعميق.

ملاحظة: تطبّق معايير التخدير والجراحة في أي مكان يستخدم فيه التخدير و/أو التركين المتوسّط أو العميق وتجرى فيه العمليات الجراحية والإجراءات الجائرة الأخرى التي تتطلّب الحصول على موافقة (انظر المسرد أيضاً). وتشمل مثل هذه الأماكن مسارح العمليات في المستشفيات، ووحدات الجراحة النهارية أو وحدات المستشفيات النهارية، وعيادات الأسنان وغيرها من عيادات المرضى الخارجيين (انظر المسرد أيضاً)، وخدمات الطوارئ ووحدات العناية المركّزة وسواها.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

ASC.1 توافر خدمات التخدير لتلبية احتياجات المريض، ووفاء كل هذه الخدمات بالمعايير والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية والمقاييس المهنية.

ASC.2 يكون أحد الأشخاص المؤهّلين مسؤولاً عن إدارة خدمات التخدير.

ASC.3 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الخاضعين للتركين المعتدل والعميق.

ASC.4 يجري شخص مؤهّل تقييماً قبل التخدير وتقييماً قبل التحريض.

ASC.5 يخطّط تبنيج كل مريض ويوثّق.

ASC.5.1 تبحث المخاطر والفوائد والبدائل مع المريض أو عائلته أو الذين يتخذون القرارات عنه.

ASC.5.2 يدوّن المستخدم وأسلوب التخدير في سجل المريض.

ASC.5.3 تراقب الحالة الفيزيولوجية لكل مريض في أثناء إعطاء التخدير بشكل مستمر وتدوّن في سجل المريض.

ASC.6 تراقب حالة كل مريض بعد التخدير وتوثّق، ويخرّج المريض من غرفة الإفاقة وفقاً لتعليمات شخص مؤهّل أو باستخدام المعايير القائمة.

ASC.7 تخطط الرعاية الجراحية لكل مريض وتوثّق استناداً إلى نتائج التقييم.

ASC.7.1 تبحث المخاطر والفوائد والبدائل مع المريض أو عائلته أو الذين يتخذون القرارات عنه.

ASC.7.2 تدوّن الجراحة المجراة في سجل المريض.

ASC.7.3 تراقب الحالة الفيزيولوجية لكل مريض في أثناء الجراحة وبعدها مباشرة بشكل مستمر وتدوّن في سجل المريض.

ASC.7.4 تخطط رعاية المريض بعد الجراحة وتوثّق.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

التنظيم والإدارة

المعيار

ASC.1 توافر خدمات التخدير لتلبية احتياجات المريض، ووفاء كل هذه الخدمات بالمقاييس والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية والمقاييس المهنية.

نية المعيار ASC.1

يوجد في المؤسسة نظام لتقديم خدمات التخدير (بما في ذلك التسكين المعتدل والعميق) التي تتطلّبها جماعة المرضى، الخدمات السريرية المقدّمة، واحتياجات مقدّمي الخدمة الصحية. وتلبي خدمات التخدير كل المقاييس والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية المطبقة.

يمكن تقديم خدمات التخدير، بما في ذلك تلك التي تطلبها الحالات الطارئة، داخل المؤسسة، أو بالاتفاق مع مؤسسة أخرى، أو الاثنين معاً. وتتوافر خدمات التخدير بعد ساعات الدوام في الحالات الطارئة.

يستند أي استخدام لمصادر التخدير الخارجية بناء على توصية من مدير قسم التخدير وأشخاص آخرين مسؤولين عن خدمات التخدير. وتلبي المصادر الخارجية القوانين والأنظمة المطبقة ولديها سجل سلامة للمرضى وجودة مقبولان.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.1

- ☐ 1. تلبية خدمات التخدير المقاييس والقوانين والأنظمة المحلية والوطنية.
- ☐ 2. توافر خدمات التخدير الكافية والمنتظمة والملائمة لتلبية احتياجات المرضى.
- ☐ 3. توافر خدمات التخدير في الحالات الطارئة بعد ساعات العمل العادية.
- ☐ 4. انتقاء المصادر الخارجية بناء على توصيات المدير، وسجل أداء مقبول، والامتثال للقوانين والأنظمة المطبقة.

المعيار

ASC.2 يكون أحد شخص/أشخاص المؤهّلين مسؤولاً عن إدارة خدمات التخدير.

نية المعيار ASC.2

تخضع خدمات التخدير لإدارة واحد أو أكثر من الأشخاص المؤهّلين بالتدريب الموثّق، والتمرّس، والخبرة، والانسجام مع القوانين والأنظمة المطبقة. ويتولّى هذا الشخص/الأشخاص المسؤولية المهنية عن خدمات التخدير المقدمة. وتشمل هذه المسؤوليات:

- وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها وصيانتها
- الإشراف الإداري
- المحافظة على أي برنامج ضروري لمراقبة الجودة
- اقتراح مصادر خارجية لخدمات التخدير
- مراقبة جميع خدمات التخدير ومراجعتها

العنصر المقيس للمعيار ASC.2

- ☐ 1. خضوع خدمات التخدير لإدارة واحد أو أكثر من الأشخاص المؤهّلين (انظر المسرد أيضاً؛ وGLD.5)
- ☐ 2. تشمل المسؤوليات وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها وصيانتها.

- ☐ 3. تشمل المسؤوليات الإشراف الإداري.
- ☐ 4. تشمل المسؤوليات المحافظة على برامج مراقبة الجودة.
- ☐ 5. تشمل المسؤوليات اقتراح مصادر خارجية لخدمات التخدير (انظر أيضاً GLD.3.3، العنصر المقيس 1).
- ☐ 6. تشمل المسؤوليات مراقبة خدمات التخدير ومراجعتها.
- ☐ 7. اضطلاع الشخص/الأشخاص بمسؤولياتهم (انظر GLD.5.5).

العناية التسكينية

المعيار

ASC.3 توجّه السياسات والإجراءات رعاية المرضى الخاضعين للتركين المعتدل والعميق.

نية المعيار ASC.3

يشكّل التسكين – لا سيما التسكين المعتدل والعميق – مخاطر على المرضى وبالتالي يجب تقديمه باستخدام تعريفات وسياسات وإجراءات واضحة. تقع درجات التسكين في متصل، وقد يتقدّم المريض من درجة إلى أخرى، بناء على الأدوية المعطاة، والمسلك، والجرع. وتشمل الاعتبارات المهمة قدرة المريض على المحافظة على المنعكسات الوقائية، ومجرى هواء واضح ومستقل ومتواصل، والاستجابة إلى الحث البدني أو الأوامر الشفهية.

تحدّد سياسات التسكين وإجراءاته

أ. كيف يتم التخطيط بما في ذلك تحديد الاختلافات بين المرضى البالغين والأطفال، أو الاعتبارات الخاصة الأخرى.

ب. اعتماد التوثيق لكي يعمل فريق الرعاية ويتواصل بفعالية.

ج. اعتبارات الموافقة الخاصة، عند الاقتضاء.

د. متطلبات مراقبة المرضى.

هـ المؤهّلات أو المهارات الخاصة للعاملين.

و. توافر المعدات المتخصصة واستخدامها.

تعد مؤهّلات الطبيب أو طبيب الأسنان أو الشخص المؤهّل المسؤول عن المريض الذي يتلقى معتدلاً أو متوسّطاً مهمة أيضاً. ويجب أن يكون هذا الشخص كفؤاً في

ز. تقنيات أنماط التسكين المختلفة.

ح. المراقبة الملائمة.

ط. الاستجابة للمضاعفات.

ي. استخدام الأدوية المعاكسة.

ك. دعم أسس الحياة على الأقل.

يجري الشخص المؤهل تقييماً قبل التسكين للمريض لضمان أن يكون التسكين المعدّ ومستوى التسكين ملائماً للمريض. وتحدّد المؤسسة نطاق هذا التقييم ومحتواه.

بالإضافة إلى الطبيب أو طبيب الأسنان، يكون شخص مؤهّل مسؤولاً عن تقديم مراقبة غير متقطعة للبارامترات الفيزيولوجية للمريض والمساعدة في التدابير الداعمة أو الإنعاشية. وتكون المؤهّلات المطلوبة ممن يقوم بالمراقبة ومراقبة المعدات والإمدادات مماثلة لتلك الخاصة بتقديم التسكين في أماكن أخرى داخل المؤسسة، كما في غرف العمليات وعيادة الأسنان الخارجية. ومن ثم تتمّ المحافظة على مستوى واحد من الرعاية (انظر أيضاً COP.1، العنصر المقيس 3؛ وGLD.3.2.1، العنصر المقيس 3).

يمكن إيجاد تعريفات ومستويات التسكين في مسرد هذا الدليل.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.3

- ☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة، التي تتعامل مع العناصر (أ) إلى (و) في إعلان النوايا على الأقل، رعاية المرضى الذين يخضعون للتركين المعتدل والعميق (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 2؛ وMMU.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن يشارك الشخص المؤهّل المحدّد في ASC.2 في وضع السياسات والإجراءات.
- ☐ 3. إجراء تقييم قبل التسكين، وفقاً لسياسة المؤسسة، لتقويم المخاطر وملاءمة الإجراءات.
- ☐ 4. أن يكون الشخص المؤهّل المسؤول عن التسكين مؤهّلاً في العناصر (ز) إلى (ك) على الأقل في إعلان النوايا.
- ☐ 5. أن يراقب شخص مؤهل المريض في أثناء التسكين وفي أثناء فترة الإفاقة من التسكين وتوثيق المراقبة.
- ☐ 6. إعطاء التسكين المعتدل والعميق وفقاً لسياسة المستشفى.

الرعاية التخديرية

المعيار

ASC.4 يجري شخص مؤهّل تقييماً قبل التخدير وتقييماً قبل التحريض.

نية المعيار ASC.4

بما أنّ التخدير ينطوي على مستوى عالٍ من المخاطر، فإنّه يتمّ التخطيط لإعطائها بعناية. ويشكّل تقييم المريض قبل التخدير أساساً لتلك الخطة واستخدام التسكين بعد العملية (انظر أيضاً "التخدير والتسكين" في المسرد). يقدّم التقييم قبل التخدير المعلومات اللازمة من أجل

- انتقاء المخدر وخطة التخدير
- إعطاء المخدر الملائم بسلامة
- تفسير نتائج مراقبة المرضى

يجري المخدر أو شخص آخر مؤهل التقييم قبل التخدير.

تجرى عملية التقييم قبل التخدير في إطار زمني قصير في الحالات الطارئة (انظر المسرد أيضاً) أو مريضة الولادة التي تتطلّب التخدير.

ومثلما يجرى التقييم قبل التخدير في وقت ما قبل الإدخال أو قبل الإجراء الجراحي، فإنّه تتمّ إعادة تقييم المرضى مباشرة قبل البدء بالتخدير التخدير.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.4

- ☐ 1. إجراء التقييم قبل التخدير لكل مريض (انظر AOP.1.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. إعادة تقييم المرضى على الفور قبل البدء بالتخدير.
- ☐ 3. يجري التقييمين أشخاص مؤهّلون للقيام بذلك.
- ☐ 4. يوثّق التقييمان في السجل السريري (انظر المسرد أيضاً)؟

المعيار

ASC.5 يخطّط كل مريض ويوثّق.

نية المعيار ASC.5

تخطط الرعاية التخديرية وتوثّق في سجل التخدير. وتنظر الخطة في المعلومات المستقاة من تقييمات أخرى للمريض وتحدّد البنج الذي سيستخدم، وطريقة إعطائه، والأدوية والسوائل، ومراقبة الإجراءات، والرعاية المتوقّعة بعد التخدير.

لعناصر المقيسة للمعيار ASC.5

☐ 1. التخطيط للرعاية التخديرية لكل مريض.
☐ 2. توثيق الخطة.

لمعيار

ASC.5.1 تبحث المخاطر والفوائد والبدائل مع المريض أو عائلته أو الذين يتخذون القرارات عنه.

نية المعيار ASC.5.1

تشمل عملية التخطيط للتبنيج تعريف المريض أو عائلته أو متخذ القرار بشأن المخاطر، والفوائد، والبدائل المتعلّقة بتخدير المخطط والتسكين بعد العملية. ويتمّ هذا البحث كجزء من عملية الحصول على الموافقة على التخدير (بما في ذلك تسكين المعتدل والعميق) كما يقتضي المعيار PFR.6.4، العنصر المقيس 2. ويقدّم اختصاصي التخدير أو شخص مؤهّل هذا لتعريف.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.5.1

☐ 1. تعريف المريض وعائلته ومتخذي القرار بمخاطر التخدير وفوائده وبدائله (انظر أيضاً PFR.6.4، العنصر المقيس 2).
☐ 2. يقدّم هذا التعريف اختصاصي التخدير أو شخص آخر مؤهّل (انظر PFR.6.4، العنصر المقيس 4).

المعيار

ASC.5.2 يدوّن البنج المستخدم وأسلوب التخدير في سجل المريض.

نية المعيار ASC.5.2

يدوّن البنج المستخدم وأسلوب التخدير في سجل تبنيج المريض.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.5.2

☐ 1. تدوين البنج المستخدم في سجل تبنيج المريض (انظر أيضاً COP.2.1، العنصر المقيس 6؛ وMCI.19.1، العنصر المقيس 4).
☐ 2. تدوين أسلوب التخدير المستخدم في سجل المريض.

المعيار

ASC.5.3 تراقب الحالة الفيزيولوجية لكل مريض في أثناء إعطاء التخدير بشكل مستمر وتدوّن في سجل المريض.

نية المعيار ASC.5.3

تقدّم المراقبة الفيزيولوجية معلومات يمكن الركون إليها عن حالة المريض في أثناء إعطاء البنج وفترة الإفاقة. وتتوقّف طريقة المراقبة على حالة المريض قبل التخدير، وخيار البنج، وتعقيد الجراحة أو الإجراء الآخر المنفّذ في أثناء التخدير. غير أنّ عملية المراقبة تكون مستمرّة في كل الحالات، وتدوّن النتائج في سجل المريض.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.5.3

☐ 1. مراقبة الحالة الفيزيولوجية باستمرار في أثناء إعطاء التخدير (انظر أيضاً AOP.2K، العنصر المقيس 1).
☐ 2. تدوين نتائج المراقبة في سجل تخدير المريض (انظر أيضاً MCI.19.1K، العنصر المقيس 4).

المعيار

ASC.6 تراقب حالة كل مريض بعد التخدير وتوثّق، ويخرّج المريض من غرفة الإفاقة وفقاً لتعليمات شخص مؤهّل أو باستخدام المعايير القائمة.

نية المعيار ASC.6

المراقبة في أثناء التخدير هي أساس المراقبة في فترة الإفاقة بعد التخدير. يدعم جمع البيانات باستمرار عن حالة المريض في الإفاقة وتحليلها القرارات بشأن نقل المريض إلى أماكن أخرى وخدمات أقل تركيزاً. ويقدّم تدوين بيانات المراقبة المعلومات التي تدعم قرار التخريج.

يتم التخريج من مناطق الإفاقة بعد التخدير باتباع إحدى الطرق التالية البديلة.

أ. تخريج المريض بقرار من اختصاصي تبنيج مؤهل تماماً أو شخص آخر مخوّل من قبل المسؤول عن إدارة خدمات التخدير.

ب. يخرّج المريض ممرّض أو شخص آخر ذو مؤهّلات مماثلة وفقاً لمعايير ما بعد التخدير التي يضعها قادة المستشفى، ويوثّق التخريج في سجل المريض.

ج. يخرّج المريض إلى وحدة تسمّى عند الاقتضاء من أجل رعاية مرضى مختارين بعد التخدير أو بعد التسكين، مثل وحدة الرعاية القلبية الوعائية المركّزة أو وحدة الرعاية الجراحية العصبية المركّزة أو سواهما.

يدوّن وقت الوصول إلى منطقة الإفاقة والتخريج منها.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.6

- ☐ 1. مراقبة المرضى تبعاً لحالتهم في فترة الإفاقة بعد التخدير (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 3).
- ☐ 2. إدخال نتائج المراقبة في سجل المريض (انظر أيضاً MCI.19.1، العنصر المقيس 4).
- ☐ 3. تخريج المرضى من وحدة ما بعد التخدير تبعاً للبدائل الواردة في (أ) إلى (ج) في إعلان النوايا.
- ☐ 4. تسجيل وقت الوصول إلى منطقة الإفاقة والخروج منها.

الرعاية الجراحية

المعيار

ASC.7 تخطط الرعاية الجراحية لكل مريض وتوثّق استناداً إلى نتائج التقييم.

نية المعيار ASC.7

نظراً لأنّ الجراحة تنطوي على مخاطر عالية، فإنّه يتمّ التخطيط بعناية لاستخدامها. ويعد تقييم المريض الأساس لانتقاء الإجراء الجراحي الملائم. وتقدّم أعمال التقييم المعلومات الضرورية من أجل

- انتقاء الإجراء الملائم والوقت الأمثل
- أداء الإجراءات بسلامة
- تفسير نتائج مراقبة المريض

يتوقّف انتقاء الإجراء على سجل المريض وحالته البدنية والبيانات التشخيصية، بالإضافة إلى مخاطر الإجراء وفوائده بالنسبة إلى المريض. وينظر انتقاء الإجراء في المعلومات المستقاة من تقييم الإدخال، والاختبار التشخيصي، وغيرهما من المصادر المتوافرة. تنفّذ عملية التقييم في إطار زمني قصير عندما يحتاج مريض الطوارئ إلى جراحة.

لعناصر المقيسة للمعيار ASC.7

- ☐ 1. تخطيط الرعاية الجراحية لكل مريض.
- ☐ 2. أن تنظر عملية التخطيط في المعلومات التقييمية المتوافرة (انظر أيضاً AOP.1.5.1، العنصر المقيس 1؛ وAOP.5.3، العنصر المقيس 3؛ وAOP.6.4، العنصر المقيس 3).
- ☐ 3. توثيق التشخيص السابق للعملية قبيل الإجراء (انظر أيضاً MCI.19.1، العنصر المقيس 2).
- ☐ 4. توثيق خطة الرعاية الجراحية قبل الإجراء.

المعيار

ASC.7.1 تبحث المخاطر والفوائد والبدائل مع المريض أو عائلته أو الذين يتخذون القرارات عنه.

نية المعيار ASC.7.1

يتلقى المرضى وعائلاتهم أو متخذو القرار معلومات كافية للمشاركة في قرارات الرعاية وتقديم الموافقة الرشيدة (انظر المسرد أيضاً) المطلوبة في المعيار PFR.6.4. وتشمل المعلومات

- مخاطر الإجراء المزمع
- فوائد الإجراء المزمع
- المضاعفات المحتملة
- الخيارات (البدائل) الجراحية وغير الجراحية المتوافرة لمعالجة المريض

بالإضافة إلى ذلك، عند الحاجة إلى الدم أو منتجات الدم، تبحث المعلومات عن المخاطر والبدائل. ويقدّم جرّاح المريض أو شخص آخر مؤهّل هذه المعلومات.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.7.1

- ☐ 1. تعريف المريض وعائلته أو متخذ القرار بالمخاطر والفوائد والمضاعفات المحتملة والبدائل المتعلّقة بالإجراء الجراحي المزمع (انظر أيضاً PFR.6.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. يشمل التعريف الحاجة إلى استخدام الدم ومنتجات الدم والبدائل لاستخدامه.
- ☐ 3. أن يقدّم جرّاح المريض أو شخص آخر مؤهّل هذا التعريف (انظر أيضاً PFR.6.1، العنصر المقيس 2).

المعيار

ASC.7.2 تدوّن الجراحة المجراة في سجل المريض.

نية المعيار ASC.7.2

تتوقّف رعاية المريض بعد الجراحة على أحداث الإجراء الجراحي ونتائجه. وهكذا يضمّ سجل المريض التشخيص بعد العملية، ووصفاً للإجراء الجراحي ونتائجه (يشمل العيّنات الجراحية المرسلة للفحص)، وأسماء الجراح ومساعديه. ولدعم تواصل الرعاية بعد الجراحة، يكون التقرير الجراحي الخطي، أو ملاحظة موجزة، متوافراً قبل مغادرة المريض منطقة الإفاقة بعد التخدير (انظر أيضاً COP.2.1، العنصر المقيس 6).

العناصر المقيسة للمعيار ASC.7.2

- ☐ 1. توثيق التشخيص بعد الجراحة.
- ☐ 2. توثيق وصف الإجراء الجراحي ونتائجه وأي عيّنات جراحية (انظر أيضاً COP.2.3، العنصران المقيسان 1 و2).

- ☐ 3. توثيق أسماء الجراح ومساعديه.
- ☐ 4. توافر تقرير جراحي خطي، أو ملاحظة موجزة، في سجل المريض قبل أن يغادر المريض منطقة الإفاقة بعد التخدير.

المعيار

ASC.7.3 تراقب الحالة الفيزيولوجية لكل مريض في أثناء الجراحة وبعدها بشكل مستمر وتدوّن في سجل المريض.

نية المعيار ASC.7.3

تراقب حالة المريض الفيزيولوجية في أثناء الجراحة وبعدها مباشرة. وتكون المراقبة ملائمة لحالة المريض والإجراء المؤدى.

تطلق نتائج المراقبة قرارات مهمة في أثناء الجراحة بالإضافة إلى القرارات ما بعد الجراحة مثل العودة إلى الجراحة أو الإحالة إلى مستوى رعاية آخر أو التخريج. وتدخل نتائج المراقبة في سجل المريض. ويتصل هذا المطلب بالمطلب نفسه للمراقبة الفيزيولوجية في أثناء التخدير (انظر أيضاً ASC.5.3). ولا تعطى درجة هنا إلا إذا تم أداء الإجراء تحت تبنيج موضعي بدون تبنيج أو تركين عام أو ناحيّ.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.7.3

- ☐ 1. مراقبة الحالة الفيزيولوجية للمريض بشكل مستمر في أثناء الجراحة (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. مراقبة الحالة الفيزيولوجية للمريض في فترة ما بعد الجراحة مباشرة (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 3. إدخال النتائج في سجل المريض (انظر أيضاً MCI.19.1، العنصر المقيس 4).

المعيار

ASC.7.4 تخطط رعاية المريض بعد الجراحة وتوثّق.

نية المعيار ASC.7.4

تختلف احتياجات كل مريض للرعاية الطبية والتمريضية بعد الجراحة. لذا من الضروري التخطيط للرعاية، بما في ذلك مستوى الرعاية، ومكانه، ومتابعة المراقبة أو المعالجة، والحاجة إلى الدواء. ويمكن أن يبدأ التخطيط للرعاية بعد الجراحة قبل الجراحة استناداً إلى احتياجات المريض وحالته. وتوثّق الرعاية المخططة في سجل المريض لضمان استمرارية الخدمات في فترة الإفاقة أو التأهيل.

العناصر المقيسة للمعيار ASC.7.4

- ☐ 1. التخطيط للرعاية الطبية والتمريضية والرعاية بعد الجراحة للمريض.
- ☐ 2. توثيق الخطة في سجل المريض.

◥ تدبير الأدوية واستخدامها (MMU)

نظرة عامة

تدبير الأدوية مكوّن مهم من مكوّنات المعالجة التلطيفية (انظر المسرد أيضاً) والأعراضية والوقائية (انظر المسرد أيضاً) والشفائية للأمراض والحالات. ويشمل تدبير الأدوية النظام والآلية التي تستخدمها المؤسسة لتقديم المعالجة الدوائية لمرضاها. ويكون ذلك جهداً متعدّد الاختصاصات (انظر المسرد أيضاً) عادة ومنسقاً للعاملين في مؤسسة الرعاية الصحية، تطبّق فيه مبادئ عملية التصميم الفعال للمعالجات الدوائية وتنفيذها وتحسين انتقائها وشرائها وخزنها وطلبها/وصفها وتوزيعها وتحضيرها وصرفها وإعطائها وتوثيقها ومراقبتها (انظر المسرد أيضاً). وتتفاوت أدوار مقدمي الرعاية الصحية في تدبير الأدوية كثيراً بين بلد وآخر، لكن آليات تدبير الأدوية الصحيحة لسلامة المرضى عامة.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

MMU.1 امتثال استخدام الأدوية في المؤسسة للقوانين والأنظمة المطبّقة وتنظيمها بكفاءة لتلبية احتياجات المرضى.

MMU.1.1 إشراف صيدلي مجاز أو فني أو أي اختصاصي آخر مدرّب على الصيدلية أو الخدمة الصيدلانية.

MMU.2 تخزين مجموعة ملائمة من الأدوية للوصف أو الطلب أو توفيرها.

MMU.2.1 ثمة طريقة للإشراف على لائحة أدوية المؤسسة واستخدام الأدوية.

MMU.2.2 تستطيع المؤسسة الحصول بسهولة على الأدوية غير المخزّنة وغير المتاحة عادة للمؤسسة أو عندما تكون الصيدلية مغلقة.

MMU.3 خزن الأدوية بطريقة ملائمة وسليمة.

MMU.3.1 تدعم سياسة المؤسسة التخزين الملائم للأدوية والمنتجات الغذائية المعطاة.

MMU.3.2 توافر الأدوية في الحالات الطارئة ومراقبتها وسلامتها عند تخزينها خارج الصيدلية.

MMU.3.3 وجود نظام لاسترداد الأدوية في المؤسسة.

MMU.4 توجّه السياسات والإجراءات وصف الأدوية وطلبها وتدوينها.

MMU.4.1 تحدّد المؤسسة عناصر الطلب أو الوصفة الكاملة وأنواع الطلبات التي يقبل استخدامها.

MMU.4.2 تحدّد المؤسسة الأشخاص المؤهلين الذين يسمح لهم بوصف الأدوية أو طلبها.

MMU.4.3 تدوّن الأدوية الموصوفة والمعطاة في سجل المريض.

MMU.5 تحضّر الأدوية وتصرف في بيئة سليمة ونظيفة.

MMU.5.1 تراجع وصفات الأدوية أو طلباتها للتحقّق من ملاءمتها.

MMU.5.2 يستخدم نظام لصرف الأدوية بالجرعة الصحيحة إلى المريض المقصود في الوقت الصحيح.

MMU.6 تحدّد المؤسسة الأشخاص المؤهّلين الذين يسمح لهم بإعطاء الأدوية.

MMU.6.1 يشمل إعطاء الأدوية عملية للتحقّق من أنّ الدواء صحيح استناداً إلى طلب الدواء.

MMU.6.2 تحكم السياسات والإجراءات الأدوية المجلوبة إلى المؤسسة ليتناولها المريض بنفسه أو كعيّنات.

MMU.7 تراقب تأثيرات الأدوية على المرضى.

MMU.7.1 يقدّم تقرير بأخطاء الأدوية من خلال عملية وإطار زمني تحدّده المؤسسة.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

التنظيم والتدبير

المعيار

MMU.1 امتثال استخدام الأدوية في المؤسسة للقوانين والأنظمة المطبّقة وتنظيمها بكفاءة لتلبية احتياجات المرضى.

نية المعيار MMU.1

يجب تنظيم الأدوية، كمصدر مهم في رعاية المريض، بكفاءة وفعالية. ولا تقع مسؤولية تدبير الأدوية على الخدمة الصيدلانية فقط، وإنما على المديرين ومقدمي الرعاية أيضاً. وتتوقّف كيفية تشارك هذه المسؤولية على هيكل المؤسسة وعامليها. وفي حالات عدم وجود صيدلية، يكون تدبير الأدوية في كل وحدة سريرية وفقاً لسياسة المؤسسة. وفي حالات أخرى، عندما توجد صيدلية مركزية كبيرة، يمكن أن تنظم الصيدلية الأدوية في المؤسسة وتشرف عليها. ويشمل التدبير الفعال للأدوية كل أقسام المؤسسة، ووحدات المرضى الداخليين (انظر المسرد أيضاً) والمرضى الخارجيين (انظر المسرد أيضاً) والوحدات المتخصصة. وتدرج القوانين والأنظمة المطبقة في هيكل المؤسسة وآليات نظام تدبير الأدوية المستخدم في المؤسسة. ولضمان كفاءة تدبير الأدوية واستخدامها بكفاءة وفعالية، تجري المؤسسة مراجعة للأنظمة مرة واحدة في السنة على الأقل. وتشمل المراجعة انتقاء الأدوية وشراءها وتخزينها وطلبها وتدوينها وإعدادها وإعطاءها ومراقبتها. وتنظر المراجعة في الممارسات القائمة على الأدلة (انظر المسرد أيضاً)، وبيانات الجودة الداخلية (انظر المسرد أيضاً)، والتحسينات الموثّقة لفهم الحاجة إلى استمرار تحسينات جودة وسلامة النظام وأولويتها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.1

- ☐ 1. وجود خطة أو سياسة أو وثيقة أخرى تحدّد كيفية تنظيم استخدام الأدوية وتدبيره في المؤسسة.
- ☐ 2. إدراج كل الأماكن والخدمات والأشخاص الذين يديرون آليات الأدوية في الهيكل التنظيمي.
- ☐ 3. توجّه السياسات كل مراحل تدبير الأدوية واستخدامها في المؤسسة.
- ☐ 4. وجود مراجعة واحدة على الأقل لنظام إدارة الأدوية خلال الأشهر الـ 12 السابقة.
- ☐ 5. امتثال الصيدلية والخدمة الصيدلانية واستخدام الأدوية للقوانين والأنظمة المطبّقة.
- ☐ 6. توافر مصادر عن معلومات للأدوية الملائمة أمام المعنيين باستخدام الأدوية.

المعيار

MMU.1.1 إشراف صيدلي مجاز أو فني أو أي اختصاصي آخر مدرّب على الصيدلية أو الخدمة الصيدلانية.

نية المعيار MMU.1.1

يشرف شخص مؤهّل (انظر المسرد أيضاً) بشكل مباشر على أنشطة الصيدلية أو الخدمة الصيدلانية. ويكون هذا الشخص مجازاً ومدرّباً بشكل ملائم. ويشمل الإشراف كل العمليات الموصوفة في MMU.2 إلى MMU.5، والمشاركة في MMU.7 إلى MMU.7.1.

المعايير المقيسة للمعيار MMU.1.1

- ☐ 1. أن يشرف شخص مجاز ومدرّب على كل الأنشطة (انظر أيضاً GLD.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن يشرف هذا الشخص على العمليات الموصوفة في MMU.2 إلى MMU.5.

الانتقاء والشراء

المعيار

MMU.2 تخزين مجموعة ملائمة من الأدوية للوصف أو الطلب أو توفيرها.

نية المعيار MMU.2

يجب أن تقرّر كل مؤسسة ما هي الأدوية التي توفّرها ليصفها مقدّمو الرعاية ويطلبوها. ويستند هذا القرار إلى رسالة المؤسسة واحتياجات المرضى وأنواع الخدمات المقدّمة. تضع المؤسسة لائحة بكل الأدوية التي تخزنها أو المتوافرة في المصادر الخارجية. وفي بعض الحالات، يمكن أن تحدّد القوانين والأنظمة الأدوية الواردة في اللائحة أو مصدر تلك الأدوية. وانتقاء الأدوية عملية تعاونية تنظر في حاجة المريض وسلامته بالإضافة إلى إمكاناته الاقتصادية.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.2

- ☐ 1. أن تكون الأدوية المتوافرة للوصف والطلب ملائمة لرسالة المؤسسة واحتياجات المريض والخدمات المقدّمة.
- ☐ 2. وجود لائحة بالأدوية مخزّنة في المؤسسة أو متوافرة في المصادر الخارجية.
- ☐ 3. استخدام عملية تعاونية لوضع اللائحة (ما لم يحدّد بالنظام أو سلطة خارج المؤسسة).
- ☐ 4. وجود آلية قائمة تضم إشعاراً للواصفين وبدائل مقترحة عندما لا تتوافر الأدوية.

المعيار

MMU.2.1 ثمة طريقة للإشراف على لائحة أدوية المؤسسة واستخدام الأدوية.

نية المعيار MMU.2.1

وجود آلية لدى المؤسسة، مثل تسمية لجنة لصيانة لائحة الأدوية ومراقبتها ومراقبة استخدام الأدوية في المؤسسة. ويشمل المعنيون في الإشراف على اللائحة ممارسي الرعاية الصحية المعنيين بعملية طلب الأدوية وصرفها وإعطائها ومراقبتها. وتوجّه المعايير التي تشمل دواعي الاستعمال والفعالية والمخاطر والتكاليف قرارات إضافة الأدوية إلى اللائحة ورفعها عنها. وثمة آلية لمراقبة استجابة المريض إلى دواء مضاف حديثاً. على سبيل المثال، عندما يتخذ قرار بإضافة نوع جديد من الدواء أو فئة جديدة من العقاقير إلى اللائحة، تكون هناك آلية لمراقبة ملاءمة دواعي الاستعمال، وكيف يوصف العقار (الجرعة وطريقة التناول مثلاً)، وأي أحداث معاكسة غير متوقّعة (انظر المسرد أيضاً) أو الشروط المصاحبة للعقار الجديد في أثناء الفترة التمهيدية.

تراجع اللائحة مرة في السنة على الأقل استناداً إلى معلومات السلامة والتأثير ومعلومات عن الاستعمال والأحداث المعاكسة. ويرتبط بالتدبير الإجمالي للأدوية وجوب ضمان حماية الأدوية من الفقدان أو السرقة من الصيدلية أو أي موقع آخر تخزن فيه الأدوية أو تصرف.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.2.1

- ☐ 1. وجود طريقة للإشراف على استعمال الأدوية في المؤسسة.
- ☐ 2. حماية الأدوية من الفقدان أو السرقة في كل أنحاء المؤسسة.
- ☐ 3. مشاركة ممارسي الرعاية الصحية المعنيين بعمليات طلب الأدوية وصرفها وإعطائها في مراقبة لائحة الأدوية وصيانتها.
- ☐ 4. أن تكون قرارات إضافة الأدوية إلى اللائحة أو رفعها عنها موجّهة بالمعايير.
- ☐ 5. وجود آلية لمراقبة استجابة المريض للأدوية المضافة حديثاً إلى اللائحة.
- ☐ 6. مراجعة اللائحة مرة في السنة على الأقل استناداً إلى معلومات السلامة والتأثير.

المعيار

MMU.2.2 تستطيع المؤسسة الحصول بسهولة على الأدوية غير المخزّنة أو المتاحة عادة للمؤسسة أو عندما تكون الصيدلية مغلقة.

نية المعيار MMU.2.2

في بعض الأحيان، تطرأ حاجة إلى أدوية غير مخزونة أو متاحة بسهولة للمؤسسة. ثمة آلية للموافقة على هذه الأدوية وشرائها. وهناك أيضاً حالات عندما تُحتاج فيها الأدوية في الليل أو عندما تكون الصيدلية مغلقة أو عندما يقفل على الإمدادات. على كل مؤسسة أن تضع خطة لمثل هذه الأحداث وتعلّم العاملين عن الإجراءات المتبعة عند حدوث ذلك (انظر أيضاً GLD.3.2.1، العنصر المقيس 2).

العناصر المقيسة للمعيار MMU.2.2

- ☐ 1. وجود آلية للموافقة على الأدوية غير المخزونة أو المتوافرة عادة في المؤسسة وشرائها (انظر أيضاً GLD.3.2.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. وجود آلية للحصول على الأدوية عندما تكون الصيدلية مغلقة أو عند الإقفال على إمدادات الأدوية (انظر أيضاً GLD.3.2.1، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. أن يدرك العاملون هذه الآليات.

التخزين

المعيار

MMU.3 خزن الأدوية بطريقة ملائمة وسليمة.

نية المعيار MMU.3

يمكن تخزين الأدوية داخل منطقة التخزين، أو في الصيدلية أو الخدمة الصيدلانية، أو في صيدلية الوحدات في وحدات رعاية المرضى، أو محطة التمريض في الوحدة السريرية. يقدّم المعيار MMU.1 آلية الإشراف على كل المواقع التي تخزن فيها الأدوية. ويجب أن يتضح في كل المواقع التي تخزن فيها الأدوية ما يلي:

أ. خزن الأدوية في ظروف ملائمة لاستقرار المنتجات.

ب. تقديم كشف دقيق للأدوية الخاضعة للرقابة وفقاً للقوانين والأنظمة المطبقة.

ج. تسمية الأدوية والموادّ الكيميائية المستخدمة لتحضير الأدوية بدقة إضافة إلى محتوياتها وتواريخ انتهاء صلاحيتها وتنبيهاتها.

د. عدم خزن الكهارل المركّزة في وحدات الرعاية ما لم تكن ضرورية سريرياً، ووجود ضوابط عند خزنها في وحدات الرعاية لتجنّب إعطائها بشكل غير مقصود (تعطى درجة في الهدف الدولي لسلامة المرضى 3، العنصران المقيسان 1 و2).

هـ. معاينة كل أماكن تخزين الأدوية دورياً وفقاً لسياسة المستشفى لضمان سلامة تخزين الأدوية.

و. تحدّد سياسة المؤسسة كيفية تحديد الأدوية التي يجلبها المريض وتخزينها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.3

يمنح كل عنصر من (أ) إلى (و) في إعلان النوايا درجة لأنّها تمثل مجالات حرجة أو عالية المخاطر.

- ☐ 1. تخزين الأدوية في ظروف مناسبة لاستقرار المنتج.
- ☐ 2. تقديم كشف دقيق للأدوية الخاضعة للرقابة وفقاً للقوانين والأنظمة المطبقة.
- ☐ 3. تسمية الأدوية والموادّ الكيميائية المستخدمة لتحضير الأدوية بدقة إضافة إلى محتوياتها وتواريخ انتهاء صلاحيتها وتنبيهاتها.
- ☐ 4. معاينة كل أماكن تخزين الأدوية دورياً وفقاً لسياسة المستشفى لضمان سلامة تخزين الأدوية.
- ☐ 5. أن تحدّد سياسة المؤسسة كيفية تحديد الأدوية التي يجلبها المريض وتخزينها.

المعيار

MMU.3.1 تدعم سياسة المؤسسة التخزين الملائم للأدوية والمنتجات الغذائية المعطاة.

نية المعيار MMU.3.1

هناك أنواع كثيرة من الأدوية التي يفضّل أن تدعمها السياسات التي توجّه تخزينها والرقابة على استعمالها بسبب خطورتها العالية (الأدوية الإشعاعية)، أو الظروف غير العادية (جلبها بواسطة المرضى)، أو فرصة إساءة استعمالها (عيّنات الأدوية وأدوية الطوارئ)، أو طبيعتها الخاصة (منتجات غذائية ملائمة). وتتعامل السياسات مع آلية استقبال الأدوية وتحديدها، عند الضرورة، وتخزينها وتوزيعها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.3.1

- ☐ 1. أن تحدّد سياسة المؤسسة كيفية تخزين المنتجات الغذائية الملائمة.
- ☐ 2. أن تحدّد سياسة المؤسسة كيفية تخزين الأدوية الإشعاعية والاستقصائية والأدوية المماثلة.
- ☐ 3. أن تحدّد سياسة المؤسسة كيفية تخزين عيّنات الأدوية ومراقبتها.
- ☐ 4. أن تحدّد سياسة المؤسسة كيفية تخزين أدوية الحالات الطارئة وصيانتها.
- ☐ 5. أن يتم التخزين وفقاً لسياسة المؤسسة.

المعيار

MMU.3.2 توافر أدوية الطوارىء ومراقبتها وسلامتها عند خزنها خارج الصيدلية.

نية المعيار MMU.3.2

عندما تحدث حالات طارئة للمرضى، يكون الوصول بسرعة إلى أدوية الطوارئ أمراً حاسماً. تخطط كل مؤسسة موقع أدوية الحالات الطارئة ويجب تزويد الأدوية في تلك المواقع. على سبيل المثال، توجد عوامل عكس التخدير في مسارح العمليات. ويمكن استخدام خزائن الطوارئ أو عرباتها أو أكياسها أو صناديقها لهذه الغاية. ولضمان الحصول على أدوية الطوارئ عند الحاجة إليها، تضع المؤسسة إجراء أو آلية لتجنّب سوء استعمال الأدوية أو سرقتها أو فقدانها. وتضمن الآلية استبدال الأدوية عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحياتها. ومن ثم تدرك المؤسسة التوازن بين الوصول بسهولة إلى المواقع التي تخزن فيها الأدوية وأمنها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.3.2

- ☐ 1. توافر أدوية الطوارئ في الوحدات التي تحتاج إليها أو الوصول إليها بسهولة لتلبية الاحتياجات الطارئة (انظر أيضاً GLD.3.2.1، العنصر المقيس 1؛ وMMU.2.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. حماية أدوية الطوارئ من الفقدان أو السرقة.
- ☐ 3. مراقبة أدوية الطوارئ واستبدالها في الوقت المناسب بعد استخدامها أو عند تلفها أو انتهاء صلاحياتها.

المعيار

MMU.3.3 وجود نظام لاسترداد الأدوية في المؤسسة.

نية المعيار MMU.3.3

يوجد لدى المؤسسة آلية لتحديد الأدوية التي يستردّها المصنّع أو المورّد أو استرجاعها أو إعادتها أو إتلافها. وثمة سياسة أو إجراء يتعامل مع أي استخدام للأدوية التي انتهت صلاحيتها أو إتلافها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.3.3

- ☐ 1. وجود نظام لاسترداد الأدوية.
- ☐ 2. أن تتعامل السياسات والإجراءات توجه مع أي استخدام لدواء انتهت صلاحيته.
- ☐ 3. أن تتعامل السياسات مع إتلاف أي دواء انتهت صلاحيته.
- ☐ 4. تنفيذ السياسات والإجراءات.

الطلب والكتابة

المعيار

MMU.4 السياسات والإجراءات وصف الأدوية وطلبها وكتابتها.

نية المعيار MMU.4

يوجّه سياسات المؤسسة وإجراءاتها الوصف السليم للأدوية وطلبها وكتابتها. ويتعاون العاملون الطبيون والتمريضيون والصيدلانيون والإداريون لوضع السياسات والإجراءات ومراقبتها. ويدرّب العاملون المعنيون على ممارسات الوصف والطلب والكتابة الصحيحة. وبما أنّ وصفات أو طلبات الأدوية غير المقروءة تعرّض للخطر سلامة المرضى وقد تؤخّر معالجتهم، فإنّ سياسة المؤسسة تتعامل مع الأعمال التي تخفّض عدم وضوح الخط.

تدوّن لائحة بكل الأدوية التي يتناولها المريض حالياً في سجل المريض (انظر أيضاً المسرد) وتكون متاحة للصيدلية والممرّضات والأطباء.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.4

- ☐ 1. أن توجّه السياسات والإجراءات في المؤسسة الوصف السليم للأدوية وطلبها وكتابتها.
- ☐ 2. أن تتعامل السياسات والإجراءات مع الأعمال المتعلّقة بالوصفات والطلبات غير المقروءة.
- ☐ 3. وجود آلية تعاونية لوضع السياسات والإجراءات.
- ☐ 4. تدريب العاملين المعنيين على ممارسات الوصف والطلب والكتابة الصحيحة.
- ☐ 5. أن تحتوي سجلات المرضى على لائحة بالأدوية الحالية التي أخذت قبل الإدخال وأن تتاح هذه المعلومات إلى الصيدلية ومقدّمي الرعاية للمريض.

المعيار

MMU.4.1 تحدّد المؤسسة عناصر الطلب أو الوصفة الكاملة وأنواع الطلبات التي يقبل استخدامها.

نية المعيار MMU.4.1

لخفض التفاوت (انظر المسرد أيضاً) وتحسين سلامة المرضى، تحدّد المؤسسة في السياسة العناصر المقبولة للطلب أو الوصفة الكاملين.

وتشمل العناصر التي تتعامل معها السياسة ما يلي على الأقل:

أ. البيانات اللازمة لتحديد المرض بدقة.

ب. عناصر الطلب أو الوصفة.

ج. متى تكون الأسماء العلمية أو التجارية مقبولة أو مطلوبة.

د. تحديدإذا كانت دواعي أو وقت الإستعمال مطلوبة في طلبات الدواء المعروفة " عند الحاجة" أو أي طلب آخر للدواء.

هـ. اتباع احتياطات أو إجراءات لطلب الأدوية ذات الأسماء المتشابهة أو التي تبدو متشابهة.

و. اتخاذ إجراءات عندما تكون طلبات الأدوية غير كاملة أو غير مقروءة أو غير واضحة.

ز. أنواع الطلبات الإضافية المسموح بها مثل الطلبات في حالات الطوارئ والتوقّف التلقائي، إلخ، وأي عناصر ضرورية في مثل هذه الطلبات.
ح. استخدام طلبات الأدوية الشفهية أو الهاتفية وعملية التثبّت من مثل هذه الطلبات (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 2، العنصر المقيس 1).
ط. أنواع الطلبات التي تستند إلى الوزن، مثل طلبات مرضى الأطفال.

وهكذا فإنّ هذا المعيار يحدّد توقّعات المؤسسة بأكملها من طلبات الأدوية. وتعكس السياسة المنفذة في الطلبات الكاملة التي تدخل في سجل المريض، والصيدلية أو وحدة الصرف التي تتلقى المعلومات اللازمة للصرف، وتدبير الأدوية القائمة على الطلبات الكاملة.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.4.1

تعطى العناصر من (أ) إلى (ط) الواردة في إعلان النوايا درجة معاً إذ إنّها تمثّل نواحي من سياسة المؤسسة الخاصة بالطلبات الكاملة.

☐ 1. تحديد طلبات الأدوية أو الوصفات المقبولة في السياسات وتتعامل هذه السياسات مع العناصر (أ) إلى (ط) التي تتعامل معها السياسات.
☐ 2. أن تكون طلبات الأدوية أو وصفاتها كاملة تبعاً لسياسة المؤسسة.

المعيار

MMU.4.2 تحدّد المؤسسة الأشخاص المؤهلين الذين يسمح لهم بوصف الأدوية أو طلبها.

نية المعيار MMU.4.2

يتطلّب انتقاء دواء لمعالجة مريض ما معرفة وخبرة خاصة. وتكون كل مؤسسة مسؤولة عن تحديد الأشخاص الذين لديهم المعرفة والخبرة المطلوبتين ومن الذين يسمح لهم الترخيص (انظر المسرد أيضاً) والشهادة (انظر المسرد أيضاً)، والقوانين والأنظمة بوصف الأدوية أو طلبها. وقد تضع مؤسسة ما قيوداً على قيام شخص ما بوصف أو طلب بعض الأدوية، مثل المواد المراقبة أو عوامل المعالجة الكيميائية أو الأدوية الإشعاعية أو الاستقصائية. ويكون الأشخاص المسموح لهم بوصف الأدوية أو طلبها معروفين لدى الخدمة الصيدلانية أو غيرهم ممن يصفون الأدوية. وفي الحالات الطارئة، تحدّد المؤسسة الأشخاص الإضافيين الذين يسمح لهم بوصف الأدوية أو طلبها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.4.2

☐ 1. لا يصف الأدوية أو يطلبها إلا الذين تسمح لهم المؤسسة بذلك والترخيص المناسب والقوانين والأنظمة.
☐ 2. وجود آلية لوضع القيود، عند الاقتضاء، على ممارسات وصف الأدوية أو طلبها من قبل الأشخاص (انظر أيضاً SQE.10، العنصر المقيس 1).
☐ 3. أن يكون الأشخاص المسموح لهم بوصف الأدوية أو طلبها معروفين بالنسبة إلى الخدمة الصيدلانية وغيرهم ممن يصفون الأدوية.

المعيار

MMU.4.3 تدوّن الأدوية الموصوفة والمعطاة في سجل المريض.

نية المعيار MMU.4.3

يحتوي سجل كل مريض يتلقى الأدوية على لائحة بالأدوية الموصوفة أو المطلوبة للمريض والجرعة وأوقات إعطاء الدواء. ويشمل ذلك الأدوية المعطاة "عند الحاجة". وإذا دوّنت هذه المعلومات على نموذج منفصل للأدوية، يوضع النموذج في سجل المريض عند تخريجه أو إحالته (انظر المسرد أيضاً).

العناصر المقيسة للمعيار MMU.4.3

☐ 1. تدوين الأدوية الموصوفة أو المطلوبة في سجل كل مريض (انظر أيضاً MCI.19، العنصر المقيس 4).
☐ 2. تدوين إعطاء الأدوية عند كل جرعة.
☐ 3. حفظ معلومات الأدوية في سجل المريض أو وضعها في سجله عند تخريجه أو إحالته.

تحضير الأدوية وصرفها

المعيار

MMU.5 تحضّر الأدوية وتصرف في بيئة سليمة ونظيفة.

نية المعيار MMU.5

تعدّ الصيدلية أو الخدمة الصيدلانية الأدوية وتصرفها في بيئة نظيفة وسليمة تمتثل للقانون والنظام ومقاييس الممارسة المهنية. وتحدّد المؤسسة مقاييس بيئة ممارسة الإعداد السليم والنظيف للأدوية وصرفها. وتمتثل الأدوية المخزونة والمصروفة من أماكن خارج الصيدلية، مثل وحدات رعاية المرضى، لمقاييس السلامة والنظافة. ويدرّب العاملون الذين يحضرون المنتجات المعقمة (مثل الحقن الوريدية وحقن فوق الجافية) على مبادئ الأسلوب المعقّم. وعلى نحو ذلك تستخدم أجهزة تهوئة علوية عندما تشير بذلك الممارسات المهنية مثل الأدوية التي لها تأثير سام على الخلايا.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.5

- ☐ 1. تحضير الأدوية وصرفها في أماكن نظيفة وسليمة مجهّزة بالمعدات والإمدادات الملائمة (انظر PCI.7، العنصران المقيسان 1 و2).
- ☐ 2. التزام إعداد الأدوية وصرفها بالقانون والنظام ومقاييس الممارسة المهنية.
- ☐ 3. تدريب العاملين الذين يحضرون المنتجات المعقمة على الأساليب التعقيمية.

المعيار

MMU.5.1 تراجع وصفات الأدوية أو طلباتها للتحقّق من ملاءمتها.

نية المعيار MMU.5.1

يراجع الصيدلاني أو الفني أو المهني المدرّب المجاز كل وصفة أو طلب جديد، للتحقّق من ملائمته، أو عندما تتغيّر الجرعة أو عوامل الملاءمة الأخرى. وتحدّد المؤسسة ما هي المعلومات الخاصة بالمريض المطلوبة للمراجعة الفعالة للطلب أو الوصفة. ويحدث ذلك قبل الصرف أو قبل إعطاء الأدوية عندما تصرف من أماكن غير الصيدلية. وعندما تثار الأسئلة، يتمّ الاتصال بالشخص الذي وصف الدواء أو طلبه.

تشمل عملية مراجعة الطلب أو الوصفة تقويم ما يلي:

أ. ملاءمة الدواء والجرعة وتكرارها وطريقة الإعطاء.

ب. التكرار العلاجي.

ج. الأرجيات أو الحساسيات الحقيقية أو المحتملة.

د. التفاعلات الحقيقية أو المحتملة بين الدواء والأدوية الأخرى أو الغذاء.

هـ. الاختلاف (انظر المسرد أيضاً) عن معايير الاستخدام في المؤسسة.

و. وزن المريض أو المعلومات الفيزيولوجية الأخرى.

ز. موانع الاستعمال الأخرى

يكون من يراجع طلبات الأدوية أو وصفاتها مؤهّلون للقيام بذلك بفضل التعليم والتدريب، كما يحدّدها منح الامتيازات (انظر المسرد أيضاً)، أو أظهروا كفاءتهم في آلية المراجعة. بالإضافة إلى ذلك، قد لا تكون مراجعة الملاءمة ضرورية أو ملائمة في حالات الطوارئ أو عندما يكون الطبيب الذي يطلب الدواء حاضراً (في غرفة العمليات أو قسم الطوارئ مثلاً)، أو في علم الأشعة التدخّلي أو التصوير التشخيصي حينما يكون الدواء جزءاً من الإجراء.

لتسهيل المراجعة، يوجد سجل لكل الأدوية المعطاة إلى المريض باستثناء أدوية الطوارئ وتلك المعطاة كجزء من الإجراء.

عندما تستخدم البرمجيات الحاسوبية للتدقيق في تفاعلات الأدوية وأرجيات الأدوية، تحدّث البرمجية وفقاً لجدول أعمال ملائم.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.5.1

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة المعلومات الخاصة بالمريض المطلوبة لآلية المراجعة الفعالة (انظر أيضاً MCI.4، العنصران المقيسان 1 و3).
- ☐ 2. مراجعة كل وصفة أو طلب للتحقّق من ملاءمته ويشمل العناصر (أ) إلى (ز) في إعلان النوايا. وهكذا تقيم كل وصفة أو طلب لمراجعة ملاءمته.
- ☐ 3. تراجع ملاءمة كل وصفة أو طلب قبل صرفه.
- ☐ 4. وجود آلية للاتصال بمن وصف الدواء أو طلبه عندما تثور الأسئلة.
- ☐ 5. أن يكون الأشخاص المسموح لهم بمراجعة الطلبات أو الوصفات مؤهّلين للقيام بذلك.
- ☐ 6. تسهيل المراجعة بسجل لكل المرضى الذين يتلقون الأدوية.
- ☐ 7. التحديث الدوري للبرمجية الحاسوبية عند استخدامها للتدقيق في الأدوية وتفاعلاتها وأرجياتها.

المعيار

MMU.5.2 يستخدم نظام لصرف الأدوية بالجرعة الصحيحة إلى المريض المقصود في الوقت الصحيح.

نية المعيار MMU.5.2

تصرف المؤسسة الأدوية بالشكل الأبسط الممكن لتقليل فرص الخطأ في أثناء التوزيع والإعطاء. وتستخدم الصيدلية المركزية ونقاط توزيع الأدوية الأخرى في المؤسسة النظام نفسه. ويدعم النظام صرف الأدوية في الوقت المناسب.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.5.2

- ☐ 1. وجود نظام منتظم لصرف الدواء وتوزيعه في المؤسسة.
- ☐ 2. تسمية الأدوية بشكل مناسب بعد التحضير.
- ☐ 3. تصرف الأدوية بأبسط أشكال إعطائها.
- ☐ 4. أن يدعم النظام الصرف الدقيق.
- ☐ 5. أن يدعم النظام الصرف في الوقت المناسب.

إعطاء الدواء

المعيار

MMU.6 تحدّد المؤسسة الأشخاص المؤهّلين الذين يسمح لهم بإعطاء الأدوية.

نية المعيار MMU.6

يتطلّب إعطاء دواء لمعالجة المريض معرفة وخبرة محددتين. وتكون كل مؤسسة مسؤولة عن تحديد الأشخاص ذوي المعرفة والخبرة المطلوبتين والذين يسمح لهم الترخيص أو الشهادة أو القوانين والأنظمة بإعطاء الدواء. ويمكن أن تضع المؤسسة قيوداً على قيام شخص بصرف الدواء مثل المواد المراقبة أو الإشعاعية والأدوية الاستقصائية. وتحدّد المؤسسة أشخاصاً إضافيين تسمح لهم بإعطاء الدواء في الحالات الطارئة.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.6

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة الأشخاص المخوّلين إعطاء الأدوية، وفقا لمواصفات العمل (انظر المسرد أيضاً) أو عملية منح الامتيازات.
- ☐ 2. لا يعطي الأدوية إلا الأشخاص الذين تسمح لهم المؤسسة والترخيص الملائم والقوانين والأنظمة بإعطاء الدواء.
- ☐ 3. أن يكون هناك آلية لوضع قيود، عند الاقتضاء، على قيام أشخاص بإعطاء الأدوية (انظر SQE.13، العنصران المقيسان 1 و2).

المعيار

MMU.6.1 يشمل إعطاء الأدوية عملية للتحقّق من أنّ الدواء صحيح استناداً إلى طلب الدواء.

نية المعيار MMU.6.1

يشمل الإعطاء السليم للأدوية التحقّق من

أ. الأدوية بموجب الوصفة أو الطلب.
ب. وقت إعطاء الأدوية بالوصفة بموجب الطلب وتكرر ذلك.
ج. مقدار الجرعة بموجب الوصفة أو الطلب.
د. طريقة الإعطاء بموجب الوصفة أو الطلب
هـ تحديد هوية المريض (تعطى درجة بموجب الهدف الدولي لسلامة المرضى 1 ، العنصر المقيس 3).
و. تحدّد المؤسسة آلية التحقّق المستخدمة في إعطاء الأدوية.

عندما يحضّر الدواء ويصرف في وحدة رعاية المرضى ، يجب عندئذ تنفيذ آلية مراجعة الملاءمة الموصوفة في MMU.5.1 بواسطة شخص مؤهّل.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.6.1

☐ 1. التحقّق من الأدوية بموجب الوصفة أو الطلب.
☐ 2. التحقّق من مقدار جرعة الدواء بموجب الوصفة أو الطلب.
☐ 3. يتمّ التحقّق من طريقة إعطاء الدواء بموجب الوصفة أو الطلب.
☐ 4. إعطاء الأدوية في الوقت المناسب.
☐ 5. إعطاء الأدوية كما توصف وملاحظة ذلك في سجل المريض.

المعيار

MMU.6.2 تحكم السياسات والإجراءات الأدوية المستقدمة إلى المؤسسة ليتناولها المريض بنفسه أو كعيّنات.

نية المعيار MMU.6.2

يتطلّب الإشراف على استعمال الأدوية في المؤسسة فهم مصادر الأدوية التي لا توصف أو تطلب في المؤسسة واستعمالاتها. تكون الأدوية التي يحضرها إلى المؤسسة المريض أو عائلته معروفة لدى طبيب المريض وتلحظ في سجله. ويكون التناول الشخصي للأدوية – الأدوية التي تستقدم إلى المؤسسة أو تلك الموصوفة أو المطلوبة داخل المؤسسة – معروفة لطبيب المريض وتلحظ في سجله.

تراقب المؤسسة توافر عيّنات الأدوية واستخدامها.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.6.2

☐ 1. تنفيذ السياسات والإجراءات لحكم تناول المريض الذاتي للأدوية.
☐ 2. تنفيذ السياسات والإجراءات لحكم توثيق الأدوية التي يحضرها المرضى إلى المؤسسة وتدبيرها.
☐ 3. تنفيذ السياسات والإجراءات التي تحكم توافر عيّنات الأدوية واستخدامها.

المراقبة

المعيار

MMU.7 تراقب تأثيرات الأدوية على المرضى.

نية المعيار MMU.7

يعمل المريض وطبيبه وممرّضه وغيرهما من مقدّمي الرعاية معاً لمراقبة المرضى الذين يتناولون الدواء. وترمي المراقبة إلى تقويم تأثير الأدوية على أعراض المريض أو مرضه، بالإضافة إلى إحصاء الدم والوظيفة الكلوية وغير ذلك من المراقبة بالأدوية المختارة، وتقويم التأثيرات المعاكسة على المريض. واستناداً إلى المراقبة، يمكن تعديل الجرعة أو نوع الأدوية عند الحاجة. ومن الملائم مراقبة استجابة المريض عن كثب للجرعة الأولى للدواء الجديد على المريض. وترمي مثل هذه المراقبة إلى تحديد الاستجابة العلاجية المتوقّعة بالإضافة إلى الاستجابات الأرجية، وتفاعلات الدواء غير المتوقّعة، وتغيّر توازن المريض ما يرفع مخاطر السقوط، إلخ.

تشمل مراقبة تأثيرات الأدوية ملاحظة أي تأثيرات معاكسة وتوثيقها. ويكون لدى المؤسسة سياسة تحدّد كل التأثيرات المعاكسة التي تسجل وتلك التي يجب الإبلاغ عنها. وتضع المؤسسة آلية للإبلاغ عن الأحداث المعاكسة عند الضرورة والإطار الزمني للإبلاغ.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.7

- ☐ 1. مراقبة تأثيرات الأدوية على المرضى، بما في ذلك التأثيرات المعاكسة (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن تكون آلية المراقبة تعاونية.
- ☐ 3. أن تكون للمؤسسة سياسة لتحديد تلك التأثيرات المعاكسة التي تدوّن في سجل المريض وتلك التي يجب الإبلاغ عنها إلى المؤسسة (انظر أيضاً QOS.6، العنصر المقيس 3).
- ☐ 4. توثيق التأثيرات المعاكسة في سجل المريض كما تتطلّب السياسة.
- ☐ 5. الإبلاغ عن التأثيرات المعاكسة في الإطار الزمني الذي تتطلّبه السياسة.

المعيار

MMU.7.1 يقدّم تقرير بأخطاء الأدوية من خلال عملية وإطار زمني تحدّده المؤسسة.

نية المعيار MMU.7.1

يوجد لدى المؤسسة آلية لتحديد أخطاء الأدوية (انظر المسرد أيضاً) والإبلاغ عنها وشبه الأخطاء (انظر المسرد أيضاً). وتشمل الآلية تحديد خطأ الأدوية وشبه الخطأ باستخدام صيغة قياسية للإبلاغ وتعليم العاملين عن آلية الإبلاغ وأهميتها. وتكون الآلية القياسية جزءاً من برنامج الجودة وسلامة المرضى في المؤسسة (انظر QPS.7). يركّز البرنامج على تجنّب أخطاء الأدوية من خلال فهم أنواع الأخطاء التي تحدث في المؤسسة وفي المؤسسات الأخرى، ولماذا تحدث شبه الأخطاء. وتستخدم التحسينات في آليات الأدوية وتدريب العاملين لتجنّب الأخطاء في المستقبل. وتشترك الصيدلية في مثل هذا التدريب للعاملين.

العناصر المقيسة للمعيار MMU.7.1

- ☐ 1. تحديد أخطاء الأدوية وشبه الأخطاء (انظر أيضاً QPS.6، العنصر المقيس 4؛ وQPS.7، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. الإبلاغ عن أخطاء الأدوية وشبه الأخطاء في الوقت المناسب باستخدام الآلية الموضوعة (انظر أيضاً QPS.7، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. أن تستخدم المؤسسة معلومات الإبلاغ عن أخطاء الأدوية وشبه الأخطاء لتحسين آليات استعمال الأدوية (انظر QPS.7، العنصر المقيس 3).

تعليم المريض وعائلته

نظرة عامة

يساعد تعليم المريض العائلة في تحسين مشاركتهم في الرعاية واتخاذ قرارات الرعاية الرشيدة. يقوم العديد من العاملين المختلفين في المؤسسة بتعليم المرضى وعائلاتهم. ويتمّ التعليم عندما يتفاعل المريض مع أطبائه أو ممرّضيه. ويقدّم آخرون التعليم فيما يقدّمون خدمات محدّدة مثل التأهيل أو المعالجة الغذائية (انظر المسرد أيضاً) أو يحضّرون المرضى لتخريجهم والرعاية المستمرة. ونظراً لأنّ العديد من العاملين يساعدون في تعليم المرضى وعائلاتهم، فمن المهم أن ينسّقوا أنشطتهم ويركّزوا على احتياجات المريض للتعلّم.

وهكذا يبدأ التعليم الفعّال بتقييم احتياجات المريض وعائلته للتعلّم. ولا يحدّد هذا التقييم ما هي الأمور التي يجب تعلّمها، بل ما هي أفضل السبل للتعليم أيضاً. ويكون التعليم فعالاً عندما يلائم تفضيلات التعلّم لدى المرء ودينه وقيمه الثقافية ومهاراته في القراءة واللغة، فضلاً عن توقيت حدوثه في مراحل ملائمة من عملية الرعاية.

يشمل التعليم المعرفة اللازمة في أثناء عملية الرعاية والمعرفة اللازمة بعد تخريج المريض إلى موقع رعاية آخر أو البيت. ومن ثم يمكن أن يشمل التعليم معلومات عن مصادر المجتمع من أجل مزيد من الرعاية والمتابعة المطلوبة وكيفية الحصول على خدمات الطوارئ عند الضرورة. ويستغل التعليم الفعال في المؤسسة الصيغ الإلكترونية والبصرية والعديد من أساليب التعلّم عن بعد وسواها.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

PEF.1 تقدّم المؤسسة التعليم الذي يدعم مشاركة المريض وعائلته في قرارات الرعاية وعملياتها.

PFE.2 تقيم احتياجات كل مريض للتعلّم وتدوّن في سجلّه.

PFE.2.1 تقيّم قدرة المريض وعائلته على التعلّم ورغبتهم في ذلك.

PFE.3 يساعد التعليم والتدريب في تلبية احتياجات المريض الصحية المستمرة.

PFE.4 يشمل تعليم المريض وعائلته الموضوعات التالية وفق ما تقتضي رعاية المريض: الاستخدام السليم للأدوية، والاستخدام السليم للمعدات الطبية، والتفاعلات المحتملة بين الأدوية والغذاء، والتوجيه الغذائي، وتدبير الألم، وأساليب التأهيل.

PFE.5 تنظر طرق التعليم في قيم المريض وعائلته وتفضيلاتهم وتتيح التفاعل الكافي بين المريض وعائلته والعاملين لكي يتم التعليم.

PFE.6 يتعاون الاختصاصيون الصحيون الذين يرعون المريض لتقديم التعليم.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

المعيار

PFE.1 تقدّم المؤسسة التعليم الذي يدعم مشاركة المريض وعائلته في قرارات الرعاية وعملياتها.

نية المعيار PFE.1

تعلّم مؤسسات الرعاية الصحية المرضى وعائلاتهم لكي تتكوّن لديهم المعرفة والمهارات التي تمكّنهم من المشاركة في عمليات رعاية المريض (انظر المسرد أيضاً) وقرارات الرعاية. تدخل كل مؤسسة التعليم في عمليات الرعاية استناداً إلى رسالتها والخدمات التي تقدّمها وجماعة المرضى. ويخطط التعليم لضمان أن يقدّم لكل مريض التعليم الذي يحتاج إليه. وتختار المؤسسة كيف تنظم مواردها التعليمية بكفاءة وفعالية. ومن ثم قد تختار المؤسسات تعيين منسق للتعليم أو لجنة لتعليم، أو إنشاء خدمة تعليمية، أو العمل مع كل العاملين لتقديم التعليم بطريقة منسّقة.

العناصر المقيسة للمعيار PFE.1

- ☐ 1. أن تخطط المؤسسة التعليم بما ينسجم مع رسالتها وخدماتها وجماعة المرضى.
- ☐ 2. وجود هيكل أو آلية ملائمة للتعليم في المؤسسة.
- ☐ 3. تنظيم موارد التعليم بكفاءة وفعالية.

المعيار

PFE.2 تقيم احتياجات كل مريض للتعلّم وتدوّن في سجلّه.

نية المعيار PFE.2

يركّز التعليم على معارف ومهارات محددة يحتاج إليها المريض وعائلته لاتخاذ قرارات الرعاية، والمشاركة في الرعاية، ومتابعتها في البيت. ويقابل ذلك التدفّق العام للمعلومات بين العاملين والمريض الذي يوسّع المدارك لكنّه ليس تعليمياً بطبيعته.

لفهم الاحتياجات التعليمية لكل مريض وعائلته، توجد آلية تقييم تحدد أنواع الجراحات والإجراءات الجائرة (انظر المسرد أيضاً) الأخرى والمعالجات المزمعة، والاحتياجات التمريضية المصاحبة، واحتياجات الرعاية المستمرة بعد التخريج. يتيح التقييم لمقدّمي الرعاية للمريض التخطيط للتعليم وتقديمه.

يبلغ العاملون في المؤسسة المرضى وعائلاتهم ويعلّمونهم في أوقات ملائمة في أثناء عملية الرعاية. ويوثّق التعليم المقدّم كجزء من عملية الحصول على الموافقة الرشيدة (انظر المسرد أيضاً) على المعالجة (مثل الجراحة والتخدير) في سجل المريض (انظر المسرد أيضاً). ويقدّم التعليم أيضاً لدعم قرارات الرعاية الأخرى التي يتخذها المرضى وعائلاتهم. وعندما يشارك المريض أو عائلته بشكل مباشر في تقديم الرعاية (كتغيير الضمادات، وإطعام المريض، وإعطاء الأدوية والمعالجات)، فإنّهم بحاجة إلى تعليم.

تدوّن الاحتياجات التعليمية في سجل المريض بعد تحديدها. يساعد ذلك في كل مقدّمي الرعاية للمرضى في المشاركة في عملية التعليم. وتقرّر كل مؤسسة مكان التقييم العلمي وصيغته، والتخطيط له، وتدوين المعلومات في سجل المريض.

العناصر المقيسة للمعيار PFE.2

- ☐ 1. تقييم الاحتياجات التعليمية للمريض وعائلته.
- ☐ 2. تدوين نتائج الاحتياجات التعليمية في سجل المريض.
- ☐ 3. التدوين المنتظم لتعليم المريض من قبل كل العاملين.
- ☐ 4. تعلّم المرضى وعائلاتهم عن كيفية منح الموافقة الرشيدة عند الاقتضاء (انظر PFR.2.1، العنصر المقيس 3؛ وMCI.3، العنصران المقيسان 1 و2).

- ☐ 5. تعلّم المرضى وعائلاتهم كيفية المشاركة في قرارات الرعاية (انظر أيضاً PFR.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 6. تعلّم المرضى وعائلاتهم عن حالاتهم وأي تشخيص مؤكّد (انظر أيضاً PFR.2.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 7. تعلّم المرضى وعائلاتهم عن حقهم في المشاركة في عملية الرعاية عند الاقتضاء (انظر PFR.2.1، العنصر المقيس 4).

المعيار

PFR.2.1 تقيّم قدرة المريض وعائلته على التعلّم ورغبتهم في ذلك.

نية المعيار PFR.2.1

تحدّد معارف ومواطن القوة والقصور وتستخدم للتخطيط للتعليم. وثمة العديد من المتغيّرات لدى المرضى التي تحدّد إذا كان المريض وعائلته راغبين في التعلّم وقادرين عليه. ومن ثم للتخطيط للتعليم، يجب أن تقيّم المؤسسة

أ. معتقدات المريض وعائلته وقيمهم.

ب. قدرتهم على القراءة والكتابة ومستوى تعليمهم ولغتهم.

ج. الحواجز العاطفية والدوافع.

د. القيود البدنية والإدراكية.

هـ. رغبة المريض بتلقي المعلومات.

العناصر المقيسة للمعيار PFR.2.1

- ☐ 1. تقييم العناصر (أ) إلى (هـ) في إعلان النوايا لدى المريض وعائلته.
- ☐ 2. استخدام نتائج التقييم للتخطيط للتعليم.

المعيار

PFE.3 يساعد التعليم والتدريب في تلبية احتياجات المريض الصحية المستمرة.

نية المعيار PFE.3

يحتاج المرضى إلى متابعة الرعاية لتلبية احتياجاتهم الصحية المتواصلة أو تحقيق أهدافهم الصحية. يمكن أن تشمل المعلومات الصحية العامة التي تقدّمها المؤسسة أو موارد المجتمع متى تستأنف الأنشطة اليومية بعد التخريج والممارسات الوقائية (انظر المسرد أيضاً) ذات الصلة بحالة المريض أو الأهداف الصحية، ومعلومات التعامل مع المرض أو العجز، عند الاقتضاء.

تحدّد المؤسسة المصادر التعليمية والتدريبية المتاحة في المجتمع، لا سيما مؤسسات المجتمع التي تدعم تعزيز الصحة والوقاية من المرض، وتقيم علاقات مستمرة عند الاقتضاء.

العناصر المقيسة للمعيار PFE.3

- ☐ 1. تلقّي المرضى وعائلاتهم التعليم والتدريب لتلبية احتياجاتهم الصحية المستمرة أو تحقيق أهدافهم الصحية (انظر أيضاً MCI.3، العنصران المقيسان 1 و2).
- ☐ 2. أن تحدّد المؤسسة وتقيم العلاقات مع مصادر المجتمع التي تدعم استمرار تعزيز الصحة والتعليم للوقاية من المرض (انظر أيضاً ACC.3.1، العنصر المقيس 2؛ وGLD.3.1، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. يحال المرضى إلى تلك المصادر عند الاقتضاء والتوافر (انظر أيضاً GLD.3.1، العنصر المقيس 2).

المعيار

PFE.4 يشمل تعليم المريض وعائلته الموضوعات التالية وفق ما تقتضي رعاية المريض: الاستخدام السليم للأدوية، والاستخدام السليم للمعدات الطبية، والتفاعلات المحتملة بين الأدوية والغذاء، والتوجيه الغذائي، وتدبير الألم، وأساليب التأهيل.

نية المعيار PFE.4

تقدّم المؤسسة التعليم بشكل روتيني في المجالات التي تحمل خطراً عالياً على المرضى. ويدعم التعليم العودة إلى المستويات الوظيفية السابقة والمحافظة على الصحة المثلى.

تستخدم المؤسسة موادّ وعمليات قياسية في تعليم المرضى عن الموضوعات التالية على الأقل:

- الاستخدام السليم والفعال لكل الأدوية التي يتناولها المريض (لا أدوية التخريج فقط)، بما في ذلك الآثار الجانبية (انظر المسرد أيضاً) المحتملة للدواء
- الاستخدام السليم والفعال للمعدات الطبية (انظر المسرد أيضاً)
- التفاعلات المحتملة بين الأدوية الموصوفة والأدوية الأخرى (بما في ذلك المستحضرات التي تباع بدون وصفة) والغذاء
- النظام الغذائي والغذاء
- تدبير الألم
- أساليب التأهيل

العناصر المقيسة للمعيار PFE.4

- ☐ 1. تعليم المرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء، عن الاستخدام السليم والفعال لكل الأدوية وآثارها الجانبية.
- ☐ 2. تعليم المرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء، الاستخدام السليم والفعال للمعدات الطبية.
- ☐ 3. تعليم المرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء، عن تجنّب التفاعلات بين الأدوية الموصوفة والأدوية الأخرى (بما في ذلك المستحضرات التي تباع بدون وصفة) والغذاء.
- ☐ 4. تعليم المرضى وعائلاتهم عند الاقتضاء عن النظام الغذائي والغذاء الملائم.
- ☐ 5. تعليم المرضى وعائلاتهم عند الاقتضاء عن تدبير الألم (انظر أيضاً COP.6، العنصر المقيس 3).
- ☐ 6. تعليم المرضى وعائلاتهم عند الاقتضاء عن أساليب التأهيل.

المعيار

PFE.5 تنظر طرق التعليم في قيم المريض وعائلته وتفضيلاتهم وتتيح التفاعل الكافي بين المريض وعائلته والعاملين لكي يتم التعليم.

نية المعيار PFE.5

يحدث التعليم عند إيلاء الانتباه للطرق المستخدمة لتعليم المرضى وعائلاتهم. يساعد فهم المرضى وعائلاتهم المؤسسة في انتقاء الأساليب التعليمية الملائمة والمعلّمين وتحديد دور العائلة وطريقة التعليم.

يحثّ المرضى وعائلاتهم على المشاركة في عملية الرعاية بطرح الأسئلة على العاملين لضمان الفهم الصحيح والمشاركة المتوقّعة. ويدرك العاملون أهمية دور المرضى في تقديم الرعاية السليمة والنوعية.

تتيح فرصة التفاعل بين العاملين والمريض وعائلته تغذية راجعة لضمان فهم المعلومات وملاءمتها وفائدتها وقابلية استخدامها (انظر أيضاً MCI.3، العنصران المقيسان 1و2). تقرّر المؤسسة متى يعزّز التعليم الشفهي بالمواد الخطية لزيادة الفهم وتوفير مرجع تعليمي في المستقبل وكيف.

العناصر المقيسة للمعيار PFE.5

- ☐ 1. أن يؤكّد التفاعل بين العاملين والمريض وعائلته أنّ المعلومات قد فهمت (انظر أيضاً MCI.3، العنصران المقيسان 1 و2).
- ☐ 2. أن يشجّع مقدّمو التعليم المرضى وعائلاتهم على طرح الأسئلة ورفع الصوت كمشاركين ناشطين (انظر أيضاً PFR.2.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 3. تعزيز المعلومات الشفهية بالمواد الخطية الملائمة لاحتياجات المريض وتفضيلاته التعلّمية (انظر أيضاً PFR.2.1 وMCI).

المعيار

PFE.6 يتعاون الاختصاصيون الصحيون الذين يرعون المريض لتقديم التعليم.

نية المعيار PFE.6

عندما يدرك مقدمو الرعاية الصحية مساهمات كل منهم في تعليم المريض، فإنّهم يستطيعون التعاون بفعالية أكبر. ويساعد التعاون بدوره في ضمان أن تكون المعلومات التي يتلقاها المرضى وعائلاتهم شاملة ومتسقة وفعالة قدر الإمكان. ويستند التعاون إلى احتياجات المريض وقد لا يكون دائماً ضرورياً أو ملائماً.

تعدّ معرفة الموضوع وتوافر الوقت الكافي والقدرة على التواصل بفعالية اعتبارات مهمة في التعليم الفعال.

العناصر المقيسة للمعيار PFE.6

- ☐ 1. تقديم التعليم للمريض وعائلته بشكل تعاوني عند الاقتضاء.
- ☐ 2. أن يكون لدى مقدّمي التعليم معرفة في الموضوع.
- ☐ 3. أن يكون لدى مقدّمي التعليم الوقت الكافي للقيام بذلك.
- ☐ 4. أن يكون لدى مقدّمي التعليم مهارات التواصل (انظر أيضاً ASC.5.1، العنصر المقيس 2).

القسم الوظيفي الثاني:

معايير إدارة مؤسسة الرعاية الصحية

◥ تحسين الجودة وسلامة المرضى (QPS)

نظرة عامة

يقدّم هذا الفصل نهجاً شاملاً لتحسين الجودة وسلامة المرضى. يعدّ الخفض المتواصل للمخاطر على المرضى والعاملين جزءاً لا يتجزأ من التحسين الشامل للجودة. وقد تكون مثل هذه المخاطر موجودة في العمليات السريرية فضلاً عن البيئة المادية. ويشمل هذا النهج:

- المبادرة إلى تخطيط برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى
- تصميم آليات سريرية وإدارية جديدة
- مراقبة (انظر المسرد أيضاً) حسن عمل الآليات من خلال جمع بيانات المؤشرات (انظر المسرد أيضاً)
- تحليل البيانات
- تنفيذ التغيرات التي تؤدي إلى التحسين وصيانتها

إنّ برنامجي تحسين الجودة وسلامة المرضى

- مدفوعان بالقيادة
- يسعيان إلى تغيير ثقافة المؤسسة
- يبادران إلى تحديد المخاطر والتفاوتات وخفضها
- يستخدمان البيانات للتركيز على القضايا ذات الأولوية
- يسعيان إلى إظهار التحسينات المستدامة

توجد الجودة والسلامة في صميم العمل اليومي لاختصاصيي الرعاية الصحية والعاملين الآخرين. وفيما يقوم الأطباء المرضون بتقييم احتياجات المرضى وتقديم الرعاية، يمكن أن يساعدهم هذا الفصل في فهم كيفية تحقيق التحسينات الحقيقية لمساعدة مرضاهم وخفض المخاطر. وعلى نحو ذلك، يستطيع المديرون والعاملون الداعمون وسواهم تطبيق المعايير على عملهم اليومي لفهم كيف يمكن أن تكون الآليات أكثر كفاءة، وكيف يمكن استخدام الموارد بحكمة، وخفض المخاطر المادية.

يشدّد هذا الفصل على أنّ استمرار تخطيط آليات العمل السريرية والإدارية وتصميمها ومراقبتها وتحليلها وتحسينها يجب أن يكون منظماً بشكل جيد وأن يحظى بقيادة واضحة لتحقيق الفوائد القصوى. ويأخذ هذا النهج في الحسبان أنّ معظم آليات عمل الرعاية السريرية تشمل أكثر من دائرة أو وحدة واحدة وقد تشمل العديد من الأعمال الفردية. ويأخذ هذا النهج في الحسبان أيضاً أنّ معظم قضايا الجودة السريرية والإدارية مترابطة فيما بينها. وهكذا، يجب أن تسترشد المساعي لتحسين آليات العمل هذه بإطار شامل لإدارة الجودة والأنشطة التحسينية في المؤسسة، وأن تشرف مجموعة أو لجنة إشرافية على تحسين الجودة وسلامة المرضى.

تتعامل هذه المعايير الدولية للاعتماد مع مجموعة الأنشطة السريرية والإدارية الكاملة لمؤسسة الرعاية الصحية، بما في ذلك إطار تحسين هذه الأنشطة وخفض المخاطر المرافقة للتفاوت في آليات العمل.

وهكذا فإنّ الإطار المقدّم في هذه المعايير ملائم لمجموعة واسعة من البرامج البنيوية والمقاربات دون الرسمية لتحسين الجودة وسلامة المرضى. ويمكن أن يدرج هذا الإطار أيضاً برامج المراقبة التقليدية مثل تلك المتعلّقة بالأحداث غير المتوقّعة (إدارة المخاطر) واستخدام المصادر (إدارة الاستغلال، انظر المسرد أيضاً).

مع مرور الوقت، تعمل المؤسسات التي تتبع هذا الإطار على

- تطوير مزيد من الدعم القيادي لبرنامج يشمل المؤسسة بأكملها
- تدريب مزيد من العاملين وإشراكهم
- وضع أولويات واضحة لما يراقب
- إسناد القرارات إلى البيانات الدالة
- إجراء التحسينات استناداً إلى المقارنة مع مؤسسات أخرى في الداخل والخارج

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

QPS.1 يشارك المسؤولون عن حكم المؤسسة وإدارتها في التخطيط لبرنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى ومراقبته.

QPS.1.1 يتعاون قادة المؤسسة لتنفيذ برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.

QPS.1.2 يضع القادة أولويات العمليات التي يجب مراقبتها وما هي أنشطة تحسين الجودة وسلامة المرضى التي يجب تنفيذها.

QPS.1.3 يقدّم القادة الدعم التكنولوجي وسواه إلى برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.

QPS.1.4 تبلّغ معلومات تحسين الجودة وسلامة المرضى إلى العاملين.

QPS.1.5 يدرّب العاملون للمشاركة في البرنامج.

QPS.2 تصمّم المؤسسة أنظمة جديدة ومعدّلة وآليات عمل وفقاً لمبادئ تحسين الجودة.

QPS.2.1 تستخدم توجيهات الممارسة والسبل السريرية لتوجيه الرعاية السريرية.

QPS.3 يحدّد قادة المؤسسة المقاييس (المؤشرات) الأساسية لمراقبة البنى السريرية والإدارية للمؤسسة وآليات عملها ونتائجها والأهداف الدولية لسلامة المرضى.

QPS.3.1 تشمل المراقبة السريرية نواحي تقييم المرضى التي ينتقيها القادة.

QPS.3.2 تشمل المراقبة السريرية نواحي خدمة المختبر التي ينتقيها القادة.

QPS.3.3 تشمل المراقبة السريرية نواحي خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي التي ينتقيها القادة.

QPS.3.4 تشمل المراقبة السريرية نواحي الإجراءات الجراحية التي ينتقيها القادة.

QPS.3.5 تشمل المراقبة السريرية نواحي استخدام المضادات الحيوية والأدوية الأخرى التي ينتقيها القادة.

QPS.3.6 تشمل المراقبة السريرية نواحي مراقبة الأخطاء وشبه الأخطاء في الأدوية أو أخطاء الأدوية وشبه الأخطاء.

QPS.3.7 تشمل المراقبة السريرية نواحي استخدام التخدير والتسكين التي ينتقيها القادة.

QPS.3.8 تشمل المراقبة السريرية نواحي استخدام الدم ومنتجات الدم التي ينتقيها القادة.

QPS.3.9 تشمل المراقبة السريرية نواحي توافر سجلات المرضى ومحتواها واستخدامها التي ينتقيها القادة.

QPS.3.10 تشمل المراقبة السريرية نواحي السيطرة على العدوى ورصدها والإبلاغ عنها التي ينتقيها القادة.

QPS.3.11 تشمل المراقبة السريرية نواحي البحث السريري التي ينتقيها القادة.

QPS.3.12 تشمل المراقبة الإدارية نواحي شراء الإمدادات المطلوبة بشكل روتيني والأدوية الضرورية لتلبية احتياجات المرضى التي ينتقيها القادة.

QPS.3.13 تشمل المراقبة الإدارية نواحي الإبلاغ عن الأنشطة التي يتطلّبها القانون والنظام وينتقيها القادة.

QPS.3.14 تشمل المراقبة الإدارية نواحي إدارة المخاطر التي ينتقيها القادة.

QPS.3.15 تشمل المراقبة الإدارية نواحي إدارة الاستغلال التي ينتقيها القادة.

QPS.3.16 تشمل المراقبة الإدارية نواحي توقّعات المرضى وعائلاتهم ورضاهم التي ينتقيها المرضى.

QPS.3.17 تشمل المراقبة الإدارية نواحي توقّعات العاملين ورضاهم التي ينتقيها القادة.

QPS.3.18 تشمل المراقبة الإدارية نواحي ديمغرافية المرضى والتشخيص السريري التي ينتقيها القادة.

QPS.3.19 تشمل المراقبة الإدارية نواحي الإدارة المالية التي ينتقيها القادة.

QPS.3.20 تشمل المراقبة الإدارية نواحي الوقاية من الأحداث التي تهدّد سلامة المرضى وعائلاتهم والعاملين التي ينتقيها القادة والسيطرة عليها، بما في ذلك الأهداف الدولية لسلامة المرضى.

QPS.4 يجتمع الأشخاص ذوو الخبرة والمعرفة والمهارات الملائمة معاً بشكل منهجي ويحلّلون البيانات في المؤسسة.

QPS.4.1 تلائم وتيرة تحليل البيانات العملية المدروسة والتي تلبي متطلبات المؤسسة.

QPS.4.2 تشمل عملية التحليل إجراء مقارنات داخلية، مع مؤسسات أخرى عندما تتوافر، ومع المعايير العلمية والممارسات المرغوبة.

QPS.5 تستخدم المؤسسة عملية معرّفة لتحديد الأحداث العارضة وإدارتها.

QPS.6 تحلل البيانات عندما تظهر اتجاهات وتفاوتات غير مرغوبة من البيانات.

QPS.7 تستخدم المؤسسة عملية معرّفة لتحديد الأحداث الشبيهة بالخطأ وتحليلها.

QPS.8 تحقيق التحسين في الجودة والسلامة والمحافظة عليها.

QPS.9 يشرع بأنشطة التحسين والسلامة في المجالات ذات الأولوية التي يحدّدها قادة المؤسسة.

QPS.10 يتمّ تعريف برنامج متواصل لتحديد الأحداث المعاكسة غير المتوقّعة ومخاطر السلامة على المرضى والعاملين وتنفيذه.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

القيادة والتخطيط

المعيار

QPS.1 يشارك المسؤولون عن حكم المؤسسة وإدارتها في التخطيط لبرنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى ومراقبته.

نية المعيار QPS.1

إذا كانت المؤسسة ستبدأ التحسين وتخفيض المخاطر على المرضى والعاملين والمحافظة عليها، فلا بدّ من القيادة والتخطيط. وتأتي هذه القيادة والتخطيط من الهيئة الحاكمة للمؤسسة إلى جانب من يديرون الأنشطة السريرية والإدارية للمؤسسة على أساس يومي. وهي تمثّل مجتمعة قيادة المؤسسة. وتكون القيادة مسؤولة عن وضع التزام المؤسسة، ونهجها في التحسين والسلامة، وإدارة البرنامج والإشراف عليه. وتضع القيادة خطة الجودة وسلامة المرضى، وإدارة البرنامج والإشراف عليه. وتطوّر القيادة خطة الجودة وسلامة المرضى من خلال رؤيتها والدعم الذي تتلقاه، وتصوغ ثقافة الجودة في المؤسسة.

تتحمّل الهيئة الحاكمة المسؤولية النهائية عن الجودة وسلامة المرضى في المؤسسة، ومن ثم توافق على خطة الجودة وسلامة المرضى (انظر أيضاً GLD.1.6)، وتتلقى على أساس منتظم التقارير المتعلّقة ببرنامج المؤسسة لتحسين الجودة وسلامة المرضى ويعملون بموجبها.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.1

- ☐ 1. مشاركة قيادة المؤسسة في وضع خطة برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- ☐ 2. مشاركة القيادة في مراقبة برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- ☐ 3. أن تضع قيادة المؤسسة آلية الإشراف على برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- ☐ 4. أن تقدّم قيادة المؤسسة تقارير عن برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى إلى حاكميتها.

المعيار

QPS.1.1 يتعاون قادة المؤسسة لتنفيذ برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.

نية المعيار QPS.1.1

يؤدي قادة المؤسسة دوراً رئيسياً في ضمان أن تصوغ خطة الجودة وسلامة المرضى ثقافة المؤسسة وتؤثّر على كل أوجه العمليات. ويحتاج ذلك إلى التعاون والالتزام من خلال مقاربة متعدّدة الاختصاصات. ويضمن القادة أن يتعامل البرنامج مع :

- دور تصميم النظام وإعادة تصميمه في عملية التحسين
- إدخال مقاربة متعدّدة الاختصاصات تشارك فيها كل أقسام المؤسسة وخدماتها في البرنامج.
- التنسيق بين وحدات المؤسسة المتعدّدة المعنية بالجودة والسلامة مثل برنامج مراقبة جودة المختبر السريري، أو برنامج لإدارة المخاطر (انظر المسرد أيضاً)، أو برنامج لإدارة مخاطر المرافق، أو مكتب لسلامة المرضى، أو أنواع أخرى من المكاتب أو البرامج. وثمة ضرورة إلى برنامج شامل لتحسين نتائج المرضى (انظر المسرد أيضاً) لأنّ المرضى يتلقون الرعاية من العديد من الأقسام والخدمات المختلفة و/أو العاملين السريريين
- مقاربة منهجية في استخدامها آليات جودة متماثلة أو منتظمة والمعرفة للقيام بكل أنشطة التحسين وسلامة المرضى

العناصر المقيسة للمعيار QPS.1.1

- ☐ 1. تعاون قادة المؤسسة لتنفيذ برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى (انظر أيضاً GLD.3.4، العنصر المقيس 2 ؛ وSQE.14، العنصر المقيس 1 ؛ وSQE.17، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن يشمل برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى المؤسسة بأكملها.

- ☐ 3. تعامل البرنامج مع أنظمة المؤسسة ودور تصميم النظم في تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- ☐ 4. تعامل البرنامج مع التنسيق بين كل مكوّنات أنشطة تحسين الجودة وسلامة المرضى في المؤسسة (انظر أيضاً GLD.3.4، العنصر المقيس 2؛ PCI.10، العنصر المقيس 2)
- ☐ 5. استخدام البرنامج مقاربة منهجية لتحسين الجودة وسلامة المرضى.

المعيار

QPS.1.2 يضع القادة أولويات العمليات التي يجب مراقبتها وما هي أنشطة تحسين الجودة وسلامة المرضى التي يجب تنفيذها.

نية المعيار QPS.1.2

إنّ المسؤولية الأساسية للقادة هي وضع الأولويات. وعادة ما تجد المؤسسات فرص أكثر لمراقبة الجودة وتحسينها مما لديها من موارد بشرية وسواها لتحقيقها. لذا فإنّ القادة يحدّدون محور اهتمام أنشطة مراقبة الجودة وتحسينها في المؤسسة. ويضع القادة أولوية العمليات الأساسية الحاسمة والعالية والميالة إلى المشاكل ذات الصلة المباشرة بجودة الرعاية (انظر المسرد أيضاً) وسلامة البيئة. ويدرج القادة الأهداف الدولية لسلامة المرضى (انظر أيضاً الصفحات 35 – 40). ويستخدم القادة البيانات المتاحة (انظر المسرد أيضاً) والمعلومات لتحديد المجالات ذات الأولوية.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.1.2

- ☐ 1. أن يضع القادة أولويات أنشطة المراقبة.
- ☐ 2. أن يضع القادة أولويات أنشطة التحسين وسلامة المرضى.
- ☐ 3. أن تشمل الأولويات تنفيذ الأهداف الدولية لسلامة المرضى.

المعيار

QPS.1.3 يقدّم القادة الدعم التكنولوجي وسواه إلى برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.

نية المعيار QPS.1.3

تؤدي مراقبة الوظائف السريرية والإدارية في مؤسسة الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) إلى تراكم البيانات والمعلومات. ويتوقّف فهم حسن عمل المؤسسة على تحليل البيانات والمعلومات مع الوقت والمقارنة مع المؤسسات الأخرى. وقد يتطلّب التتبع والمقارنة بالنسبة إلى المؤسسات الكبيرة والمعقّدة التكنولوجيا و/أو العاملين ذوي الخبرة في إدارة البيانات. ويجب أن يفهم قادة المؤسسة أولويات المراقبة والتحسين من حيث هذا الدعم الضروري. فهم يقدّمون الدعم الذي ينسجم مع موارد المؤسسة وتحسين جودتها.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.1.3

- ☐ 1. إدراك القادة التكنولوجيا ومتطلبات الدعم الأخرى لتتبع نتائج المراقبة والمقارنة.
- ☐ 2. أن يقدّم القادة للتكنولوجيا والدعم المنسجمين مع موارد المؤسسة من أجل تتبع نتائج المراقبة ومقارنتها.

المعيار

QPS.1.4 تبلّغ معلومات تحسين الجودة وسلامة المرضى إلى العاملين.

نية المعيار QPS.1.4

إنّ التبليغ المنتظم للمعلومات عن برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى إلى العاملين أمر ضروري. ويكون التبليغ على أساس منتظم من خلال قنوات فعالة مثل الرسائل الإخبارية واجتماعات العاملين وآليات الموارد البشرية. ويمكن أن تكون المعلومات عن مشاريع تحسين جديدة أو استكملت حديثاً، والتقدّم في تلبية الأهداف الدولية لسلامة المرضى، ونتائج تحليل المراقبة وغيرها من الأحداث المعاكسة (انظر المسرد أيضاً)، والأبحاث الحديثة أو برامج تقييم الوضع الراهن، إلخ.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.1.4

☐ 1. تبليغ المعلومات عن برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى إلى العاملين.
☐ 2. أن تكون التبليغات على أساس منتظم من خلال قنوات فعالة (انظر أيضاً GLD.1.6، العنصر المقيس 2).
☐ 3. أن تشمل التبليغات التقدّم في الامتثال للأهداف الدولية لسلامة المرضى.

المعيار

QPS.1.5 يدرّب العاملون للمشاركة في البرنامج.

نية المعيار QPS.1.5

تتطلب المشاركة في جمع البيانات وتحليلها والتخطيط لتحسينات الجودة وتنفيذها معرفة ومهارة غير موجودة لدى معظم العاملين أو لا يستخدمونها بانتظام. ومن ثم عندما يطلب من العاملين المشاركة في البرنامج، فإنّهم يتلقون تدريباً منسجماً مع دورهم في النشاط المخطط. وقد تحتاج جداول عمل العاملين إلى تعديل لتخصيص الوقت الكافي للمشاركة الكاملة في أنشطة التدريب والتحسين كجزء من مهمات العمل المنتظمة. وتحدّد المؤسسة مدرّباً واسع الاطلاع أو توفّره لتعليمهم.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.1.5

☐ 1. وجود برنامج تدريبي للعاملين منسجم مع دورهم في برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.
☐ 2. أن يقدّم التدريب شخص واسع المعرفة.
☐ 3. مشاركة العاملين في التدريب كجزء من مهام عملهم المنتظمة.

تصميم آليات العمل السريرية والإدارية

المعيار

QPS.2 تصمّم المؤسسة أنظمة جديدة ومعدّلة وآليات عمل وفقاً لمبادئ تحسين الجودة.

نية المعيار QPS.2

تتاح الفرصة في الغالب للمؤسسة كي تصمم آليات عمل جديدة أو يكون لديها حاجة إلى تعديل الآليات القائمة. وتستلهم آلية العمل الجديدة أو المعدّلة عناصر التصميم من المصادر المرجعية، بما في ذلك القوانين والأنظمة المطبقة. وتشمل مثل هذه المصادر المرجعية توجيهات الممارسة السريرية (انظر أيضاً QPS.2.1 والمسرد) عندما تتاح لآليات العمل السريري والمقاييس والمعايير الوطنية ومصادر المعلومات الأخرى.

وقد يسترشد تصميم آليات العمل الجديدة أو المعدّلة أيضاً بتجارب الآخرين التي تعتبر أفضل الممارسات أو ممارسات جيدة. تقوّم المؤسسة مثل هذه الممارسات وربما تستخدم الممارسات ذات الصلة وتختبر.

عندما تصمّم آليات العمل أو الخدمات بشكل جيد، فإنّها تستفيد من المصادر المختلفة. والتصميم الجيد لآلية العمل

أ. يتوافق مع رسالة المؤسسة وخططها.
ب. يلبي احتياجات المرضى وعائلاتهم والعاملين وسواهم.
ج. يستخدم توجيهات الممارسة الراهنة، والمعايير السريرية، والكتابات العلمية، وغير ذلك من المعلومات ذات الصلة المستندة إلى الأدلة (انظر المسرد أيضاً) عن تصميم الممارسات السريرية.
د. ينسجم مع ممارسات الأعمال السليمة.
هـ ينظر في معلومات إدارة المخاطر ذات الصلة.
و. يستفيد من المعارف والمهارات المتاحة في المؤسسة.

ز. يستفيد من أفضل الممارسات أو الممارسات الجيدة للمؤسسات الأخرى
ح. يستخدم المعلومات من أنشطة التحسين ذات الصلة.
ط. يدمج آليات العمل والأنظمة ويربط فيما بينها.

عندما تصمّم مؤسسة آليات عمل جديدة، فإنّها تنتقي المقاييس (المؤشرات) الملائمة لآلية العمل. وبعدما تنفّذ المؤسسة آلية العمل الجديدة، فإنّها تجمع البيانات لتتبيّن إذا كانت آلية العمل تعمل كما هو متوقع.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.2

☐ 1. تطبيق مبادئ تحسين الجودة وأدواته في تصميم آليات العمل الجديدة أو المعدّلة.
☐ 2. النظر في عناصر التصميم (أ) إلى (ط) عندما تكون ذات صلة بآلية العمل التي تصمّم أو تعدّل.
☐ 3. انتقاء المؤشرات لقياس مقدار حسن عمل الآلية التي صمّمت حديثاً أو أعيد تصميمها.
☐ 4. استخدام بيانات المؤشرات لتقويم العمل المتواصل لآلية العمل.

المعيار

QPS.2.1 تستخدم توجيهات الممارسة والسبل السريرية لتوجيه الرعاية السريرية

نية المعيار QPS.2.1

تشمل أهداف مؤسسة الرعاية الصحية

- تقنين آليات عمل الرعاية السريرية
- تخفيض المخاطر ضمن آليات عمل الرعاية، لا سيما تلك المرتبطة بخطوات القرارات الحاسمة
- تقديم الرعاية السريرية في الوقت المناسب، وبطريقة فعالة باستخدام الموارد المتاحة بفعالية.

تستخدم المؤسسات مجموعة من الأدوات للوصول إلى هذه الأهداف وسواها. على سبيل المثال، يسعى مقدّمو الرعاية إلى وضع آليات عمل للرعاية السريرية وجعل قرارات الرعاية السريرية تستند إلى أفضل الأدلة العلمية المتاحة (انظر أيضاً "التوجيهات المستندة إلى الأدلة [العلمية]" في المسرد). وتعد توجيهات الممارسة السريرية أدوات مفيدة في هذا الجهد المبذول لفهم أفضل العلوم وتطبيقها على تشخيص أو حالة معيّنة.

كما يسعى مقدّمو الرعاية إلى تقنين آليات عمل الرعاية. وتعد سبل الرعاية السريرية أدوات مفيدة في هذا الجهد لضمان التكامل والتنسيق الفعال للرعاية والاستخدام الكفء للموارد المتاحة.

إنّ توجيهات الممارسة السريرية (انظر المسرد أيضاً) وسبل الرعاية السريرية (انظر المسرد أيضاً) ذات الصلة بجماعة مرضى المؤسسة ورسالتها

أ. تنتقى من بين تلك التي يمكن تطبيقها على الخدمات ومرضى المؤسسات (تدرج التوجيهات الوطنية الإلزامية في هذه الآلية، إذا وجدت).
ب. تقيّم قابليتها للتطبيق والعلم.
ج. تكيّف عند الحاجة مع التكنولوجيا والأدوية ومصادر المؤسسة الأخرى أو وفقاً للمعايير المهنية الوطنية المقبولة.
د. تتمّ الموافقة عليها أو اعتمادها رسمياً من قبل المؤسسة
هـ. تنفّذ ويراقب اتساقها وفعاليتها.
و. يدعمها العاملون المدرّبون على تطبيق التوجيهات والسبل.
ز. تحدّث بشكل دوري.

ينتظر من المؤسسات أن تمرّ بآلية العمل الموصوفة في العناصر (أ) إلى (ز) لأحد التوجيهات السريرية وأحد السبل السريرية على الأقل في السنة.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.2.1

- ☐ 1. أن يستخدم القادة توجيهات الممارسة السريرية لتوجيه آليات رعاية المرضى (انظر المسرد أيضاً).
- ☐ 2. أن يستخدم القادة السبل السريرية لتقنين آليات الرعاية.
- ☐ 3. اتباع المؤسسة الآلية الموصوفة في (أ) إلى (ز) من إعلان النوايا في تنفيذ توجيهات الممارسة السريرية والسبل السريرية.
- ☐ 4. استخدام الآلية للتكيّف مع أحد التوجيهات وأحد السبل في السنة أو اعتمادهما أو تحديثهما.

جمع البيانات لمراقبة الجودة

المعايير

QPS.3 يحدّد قادة المؤسسة المقاييس (المؤشرات) الأساسية لمراقبة البنى السريرية والإدارية للمؤسسة وآليات عملها ونتائجها والأهداف الدولية لسلامة المرضى.

ملاحظة: المجالات السريرية المحدّدة في المعايير QPS.3.1 إلى QPS.3.11 مدرجة في مراقبة جودة المؤسسات.

QPS.3.1 تشمل المراقبة السريرية نواحي تقييم المرضى التي ينتقيها القادة.

QPS.3.2 تشمل المراقبة السريرية نواحي خدمة المختبر التي ينتقيها القادة.

QPS.3.3 تشمل المراقبة السريرية نواحي خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي التي ينتقيها القادة.

QPS.3.4 تشمل المراقبة السريرية نواحي الإجراءات الجراحية التي ينتقيها القادة.

QPS.3.5 تشمل المراقبة السريرية نواحي استخدام المضادات الحيوية والأدوية الأخرى التي ينتقيها القادة.

QPS.3.6 تشمل المراقبة السريرية نواحي مراقبة الأخطاء وشبه الأخطاء في الأدوية.

QPS.3.7 تشمل المراقبة السريرية نواحي استخدام التخدير والتسكين التي ينتقيها القادة.

QPS.3.8 تشمل المراقبة السريرية نواحي استخدام الدم ومنتجات الدم التي ينتقيها القادة.

QPS.3.9 تشمل المراقبة السريرية نواحي توافر سجلات المرضى ومحتواها واستخدامها التي ينتقيها القادة.

QPS.3.10 تشمل المراقبة السريرية نواحي السيطرة على العدوى ورصدها والإبلاغ عنها التي ينتقيها القادة.

QPS.3.11 تشمل المراقبة السريرية نواحي البحث السريري التي ينتقيها القادة.

QPS.3.12 تشمل المراقبة الإدارية نواحي شراء الإمدادات المطلوبة بشكل روتيني والأدوية الضرورية لتلبية احتياجات المرضى التي ينتقيها القادة.

QPS.3.13 تشمل المراقبة الإدارية نواحي الإبلاغ عن الأنشطة التي يتطلّبها القانون والنظام وينتقيها القادة.

QPS.3.14 تشمل المراقبة الإدارية نواحي إدارة المخاطر التي ينتقيها القادة.

QPS.3.15 تشمل المراقبة الإدارية نواحي إدارة الاستغلال التي ينتقيها القادة.

QPS.3.16 تشمل المراقبة الإدارية نواحي توقّعات المرضى وعائلاتهم ورضاهم التي ينتقيها المرضى.

QPS.3.17 تشمل المراقبة الإدارية نواحي توقّعات العاملين ورضاهم التي ينتقيها القادة.

QPS.3.18 تشمل المراقبة الإدارية نواحي ديمغرافية المرضى والتشخيص السريري التي ينتقيها القادة.

QPS.3.19 تشمل المراقبة الإدارية نواحي الإدارة المالية التي ينتقيها القادة.

QPS.3.20 تشمل المراقبة الإدارية نواحي الوقاية من الأحداث التي تهدّد سلامة المرضى وعائلاتهم والعاملين التي ينتقيها القادة والسيطرة عليها، بما فيها الأهداف الدولية لسلامة المرضى.

نوايا المعايير QPS.3 إلى QPS.3.20

تقود البيانات تحسين الجودة وسلامة المرضى. ونظراً لأنّ معظم المؤسسات محدودة الموارد، فإنّها لا تستطيع جمع البيانات لمراقبة كل ما تريد. ومن ثم على كل مؤسسة أن تختار ما هي الآليات والنتائج السريرية والإدارية الأكثر أهمية لكي تراقبها استناداً إلى رسالتها واحتياجات مرضاها والخدمات التي تقدّمها. وغالباً ما تركّز المراقبة على تلك الآليات التي تشكّل خطراً عالياً على المرضى، أو تقدّم بحجم كبير، أو ميالة للمشاكل.

يكون قادة المؤسسة مسؤولين عن الاختيار الأخير للتدابير الرئيسية التي تدرج في أنشطة المراقبة في المؤسسة. وتتعلّق القياسات المنتقاة بالمجالات السريرية والإدارية المهمة المحدّدة في المعايير QPS.3.1 إلى QPS.3.20. ويقرّر القادة لكل من المجالات التالية:

- الآلية أو الإجراء أو النتيجة التي ستقاس
- توافر "العلم" أو "الأدلة" التي تدعم القياس
- كيف سينجز القياس
- كيف تتلاءم القياسات مع خطة المؤسسة الإجمالية لمراقبة الجودة وسلامة المرضى
- تواتر القياس

من الواضح أنّ تحديد الآلية أو الإجراء أو النتيجة التي تقاس هو أهم الخطوات. يحتاج القياس إلى التركيز مثلاً على نقاط الخطر في الآليات، والإجراءات التي تسبب المشاكل عادة أو التي تؤدى بحجم كبير، والنتائج التي يمكن تعريفها بوضوح بإشراف المؤسسة. على سبيل المثال، قد تختار المؤسسة قياس إجراء جراحي معيّن (مثل ترميم الشفة المشقوقة) أو طائفة من الإجراءات الجراحية (مثل إجراءات جراحة العظام). وربما ترغب المؤسسة في قياس آلية تستخدم لانتقاء الإجراء الجراحي لترميم الشفة المشقوقة وترغب في قياس آلية تركيب عضو صناعي في جراحة استبدال الحوض. ويرتبط تواتر جمع البيانات بمقدار استخدام آلية معينة أو القيام بإجراء ما. يُحتاج إلى بيانات كافية عن كل الحالات أو عن عيّنة من الحالات لدعم الاستنتاجات والتوصيات. وتنتقى قياسات جديدة عندما لا يقدّم القياس الحالي البيانات المفيدة لتحليل الآلية أو الإجراء أو النتيجة. ومن ثم يجب أن يكون لدى المؤسسة سجل تتبع للمراقبة المستمرة في المجال المحدّد، غير أنّ أدوات المراقبة الفعلية قد تتغيّر.

لمراقبة الآليات، تحتاج المؤسسة إلى تحديد كيف تنظم أنشطة المراقبة، وكم مرة تجمع البيانات، وكيفية إدخال جمع البيانات في آليات العمل اليومي. وتفيد أدوات المراقبة أيضاً في تحقيق فهم أفضل أو تقييم أكثر كثافة للمجالات الخاضعة للدراسة. وعلى نحو ذلك، فإنّ تحليل مراقبة البيانات (انظر أيضاً QPS.4 إلى QPS.5) قد ينتج استراتيجيات للتحسين في المجال الذي تجري مراقبته. ومن ثم تفيد أداة المراقبة في فهم فعالية استراتيجية التحسين. ويمكن أن تمثل قياسات مؤشرات اللجنة المشتركة الدولية، إذا استخدمتها المؤسسة، قياساً لمجال القياس ذي الصلة.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.3

☐ 1. أن يحدّد القادة المقاييس الرئيسية لمراقبة المجالات السريرية.
☐ 2. أن يحدّد القادة المقاييس الرئيسية لمراقبة المجالات الإدارية.
☐ 3. أن ينظر القادة في "العلم" أو "الأدلة" التي تدعم القياسات المختارة.
☐ 4. أن تشمل المراقبة القياسات ذات الصلة بالبنى والآليات والنتائج.
☐ 5. تحديد نطاق كل قياس وأسلوبه وتواتره.
☐ 6. أن تكون المراقبة جزءاً من برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى.
☐ 7. أن تبلّغ نتائج المراقبة إلى آلية الإشراف وإلى القادة وهيكل حاكمية المؤسسة بشكل دوري.

العناصر المقيسة للمعايير QPS.3.1 إلى QPS.3.11

☐ 1. أن تشمل المراقبة السريرية المجالات المحددة في المعيار.

☐ 2. أن تستخدم مراقبة البيانات لدراسة المجالات المراد تحسينها.
☐ 3. أن تستخدم مراقبة البيانات لمراقبة فعالية التحسينات وتقويمها.

العناصر المقيسة للمعايير QPS.3.12 إلى QPS.3.20

☐ 1. أن تشمل المراقبة الإدارية المجالات المحددة في المعيار.
☐ 2. أن تستخدم البيانات الإدارية لدراسة المجالات المراد تحسينها.
☐ 3. أن تستخدم البيانات الإدارية لمراقبة فعالية التحسينات وتقويمها.

تحليل البيانات ومراقبتها

المعيار

QPS.4 يجتمع الأشخاص ذوو الخبرة والمعرفة والمهارات الملائمة معاً بشكل منهجي ويحلّلون البيانات في المؤسسة.

نية المعيار QPS.4

للتوصل إلى الاستنتاجات واتخاذ القرارات، يجب جمع البيانات وتحليلها وتحويلها إلى معلومات مفيدة. ويشمل تحليل البيانات الأشخاص الذين يفهمون إدارة المعلومات، ولديهم مهارات في طرق جمع البيانات، ومعرفة كيفية استخدام الأدوات الإحصائية المتنوّعة. ويشمل تحليل البيانات الأشخاص المسؤولين عن الآلية أو النتيجة التي يجري قياسها. وقد يكون هؤلاء الأشخاص سريريين أو إداريين أو ائتلافاً من الاثنين معاً. وهكذا يقدّم جمع البيانات وتحليلها تغذية راجعة مستمرة لجودة إدارة المعلومات لمساعدة هؤلاء الأشخاص على اتخاذ القرارات والاستمرار في تحسين الآليات السريرية والإدارية.

يفيد فهم الأساليب الإحصائية في تحليل البيانات، وبخاصة في تفسير التفاوت وتقرير أين يجب إدخال التحسينات. ومن الأمثلة على الأدوات الإحصائية المفيدة في فهم اتجاهات الرعاية الصحية وتفاوتها مخططات الإشراف، ومخططات الأعمدة، ومخططات باريتو.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.4

☐ 1. جمع البيانات وتحليلها وتحويلها إلى معلومات مفيدة.
☐ 2. مشاركة أشخاص ذوي خبرة ومعرفة ومهارات سريرية أو إدارية في الآلية.
☐ 3. استخدام الأدوات والأساليب الإحصائية في عملية التحليل عندما يكون ذلك ملائماً.

المعيار

QPS.4.1 تلائم وتيرة تحليل البيانات العملية المدروسة والتي تلبي متطلبات المؤسسة.

نية المعيار QPS.4.1

تحدد المؤسسة كم مرة تجمع فيها البيانات وتحلّل. ويتوقّف التواتر على النشاط والمجال الذي يتم قياسه، وتواتر القياسات (انظر أيضاً QPS.3)، وأولويات المؤسسة. على سبيل المثال، يمكن تحليل بيانات مراقبة جودة المختبر السريري أسبوعياً لتلبية الأنظمة المحلية، ويمكن تحليل بيانات سقوط المرضى شهرياً إذا كانت السقطات متواترة. وهكذا، يتيح جمع البيانات في مراحل زمنية للمؤسسة الحكم على استقرار الآلية أو النتائج المحدّدة لقابلية التنبّؤ فيما يتصل بالتوقّعات.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.4.1

☐ 1. أن يكون تواتر تحليل البيانات ملائماً للآلية الخاضعة للدراسة.
☐ 2. أن يلبي تحليل تواتر البيانات متطلّبات المؤسسة.

المعيار

QPS.4.2 تشمل عملية التحليل إجراء مقارنات داخلية مع مؤسسات أخرى عندما تتوافر، ومع المعايير العلمية والممارسات المرغوبة.

نية المعيار QPS.4.2

يرمي جمع تحليل البيانات إلى التمكّن من مقارنة مؤسسة ما في أربع طرق:

- ☐ 1. مع نفسها بمرور الوقت، من شهر إلى شهر، أو من سنة إلى أخرى مثلاً.
- ☐ 2. مع مؤسسات مماثلة أخرى، من خلال قواعد البيانات المرجعية مثلاً (انظر أيضاً MCI.20.3، العنصر المقيس 3).
- ☐ 3. مع المعايير، مثل تلك التي تضعها الهيئات الاعتمادية والمهنية أو تلك التي يضعها القانون أو النظام.
- ☐ 4. مع ممارسات مرغوبة معترف بها ومحدّدة في الأدبيات كأفضل الممارسات أو توجيهات الممارسات.

تساعد هذه المقارنة المؤسسة في فهم مصدر التغيير غير المرغوب وطبيعته والمساعدة في تركيز جهود التحسين.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.4.2

- ☐ 1. إجراء مقارنات على مر الوقت داخل المؤسسة.
- ☐ 2. إجراء مقارنات مع مؤسسات مماثلة عند الإمكان.
- ☐ 3. إجراء مقارنات مع المعايير عند الاقتضاء.
- ☐ 4. إجراء مقارنات مع ممارسات مرغوبة معروفة.

المعيار

QPS.5 تستخدم المؤسسة عملية معرّفة لتحديد الأحداث العارضة وإدارتها.

نية المعيار QPS.5

تضع كل مؤسسة تعريفاً تشغيلياً للحدث العارض (انظر المسرد أيضاً) الذي يشمل على الأقل

أ. الموت غير المتوقّع غير المتصل بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو الشرط الذي يقوم حالته الصحية.

ب. فقد الوظيفة الرئيسية الدائمة غير المتعلّق بالمسار الطبيعي لمرض المريض الذي يقوم حالته الصحية.

ج. إجراء الجراحة على الموقع الخاطىء أو إجراء الجراحة الخاطئة للمريض، أو إجراء الجراحة على المريض الخطأ.

يشمل تعريف المؤسسة للحدث العارض (أ) إلى (ج) أعلاه وقد تشمل أحداثاً أخرى كما يتطلّب القانون أو النظام أو تنظر إليها المؤسسة على أنّ من الملائم إضافتها إلى لائحة مراقبة الأحداث. تقيّم كل الأحداث التي تلبي التعريف بأداء تحليل مقنع للسبب الأساسي (انظر المسرد أيضاً). وعندما يكشف تحليل الأسباب الرئيسية أنّ تحسينات الأنظمة أو الأعمال الأخرى التي تتجنّب خطر مثل تكرّر الأحداث العارضة أو تخفّضه، تعيد المؤسسة تصميم الآليات وتتخذ الإجراءات الملائمة للقيام بذلك.

من المهم ملاحظة أن "الحدث العارض" (انظر أيضاً "سياسة اللجنة المشتركة الدولية الخاصة بالأحداث العارضة" في الصفحة 21 والمسرد) لا يشير دائماً إلى خلل أو خطأ، أو يوحي بأي مسؤولية قانونية محدّدة.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.5

- ☐ 1. أن يضع قادة المستشفى تعريفاً للحدث العارض يشمل (أ) إلى (ج) على الأقل الواردة في إعلان النوايا.
- ☐ 2. أن تجري المؤسسة تحليلاً للأسباب الجذرية للأحداث العارضة كافة في فترة زمنية يحدّدها قادة المؤسسة.
- ☐ 3. تحليل الأحداث عند وقوعها.
- ☐ 4. اتخاذ قادة المستشفى إجراء بشأن نتائج تحليل السبب الرئيسي.

المعيار

QPS.6 تحلل البيانات عندما تظهر اتجاهات وتفاوتات غير مرغوبة من البيانات.

نية المعيار QPS.6

عندما تكتشف المؤسسة تغيراً عما هو متوقّع أو تشتبه به، تبدأ تحليلاً مركّزاً لتحديد المكان الذي يفضّل تركيز التحسينات فيه. ويبدأ التحليل المكثّف على وجه الخصوص عندما تتفاوت المستويات أو الأنماط أو الاتجاهات كثيراً وبشكل غير مرغوب فيه عن

- ما هو مطلوب
- عن مستويات المؤسسات الأخرى
- عن المعايير المعترف بها

ويجرى تحليل لما يلي:

أ. كل تفاعلات نقل الدم، إذا كانت تنطبق على المؤسسة.
ب. كل أحداث العقاقير المعاكسة الخطيرة، إذا كانت تنطبق على المؤسسة وتتماشى مع ما حدّدته.
ج. كل أخطاء الأدوية المهمة، إذا كانت تنطبق على المؤسسة وتتماشى مع ما حدّدته.
د. كل التباينات الرئيسية بين التشخيص قبل العملية وبعده.
هـ الأحداث المعاكسة أو أنماط الأحداث المعاكسة في أثناء استخدام التسكين العميق أو المعتدل والتخدير.
و. أحداث أخرى مثل اندلاع أمراض معدية.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.6

☐ 1. إجراء التحليل المكثّف للبيانات عند حدوث مستويات أو أنماط أو اتجاهات معاكسة.
☐ 2. تحليل كل تفاعلات نقل الدم، إذا كانت تنطبق على المؤسسة.
☐ 3. تحليل كل أحداث العقاقير المعاكسة الخطيرة، إذا كانت تنطبق على المؤسسة وتتماشى مع ما حدّدته (انظر أيضاً MMU.7، العنصر المقيس 1).
☐ 4. تحليل كل أخطاء الأدوية المهمة، إذا كانت تنطبق على المؤسسة وتتماشى مع ما حدّدته (انظر أيضاً MMU.7.1، العنصر المقيس 1).
☐ 5. تحليل كل التباينات الرئيسية بين التشخيص قبل العملية وبعده.
☐ 6. تحليل كل الأحداث المعاكسة أو أنماط الأحداث المعاكسة في أثناء استخدام التسكين العميق أو المعتدل والتخدير.
☐ 7. تحليل أحداث أخرى تحدّدها المؤسسة.

المعيار

QPS.7 تستخدم المؤسسة عملية معرّفة لتحديد الأحداث الشبيهة بالخطأ وتحليلها.

نية المعيار QPS.7

في محاولة للمبادرة إلى تعلّم أين يمكن أن تكون الأنظمة معرّضة لأحداث معاكسة فعلية، تجمع المؤسسة بيانات ومعلومات عن تلك الأحداث التي تعتبر شبه خطأ (انظر المسرد أيضاً) وتقيّم تلك الأحداث في مسعى لتجنّب حدوثها فعلياً. أولاً تضع المؤسسة تعريفاً لشبه الخطأ وما نوع الأحداث التي يبلّغ عنها. ثانياً، توضع آلية للتبليغ موضع التنفيذ، وأخيراً ثمة آلية لتجميع وتحليل البيانات من أجل معرفة ما هي التغييرات المبادرة للآلية التي تخفض الحدث أو شبه الخطأ ذا الصلة أو تلغيه.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.7

☐ 1. أن تضع المؤسسة تعريفاً لشبه الخطأ وما نوع الأحداث التي يبلّغ عنها (انظر أيضاً MMU.7.1 لشبه أخطاء الأدوية).
☐ 2. أن تضع المؤسسة آلية للتبليغ عن أشباه الأخطاء (انظر أيضاً MMU.7.1 لشبه أخطاء الأدوية).
☐ 3. تحليل البيانات واتخاذ الإجراءات لخفض الأحداث شبه الخطأ (انظر أيضاً MMU.7.1، العنصر المقيس 3).

التحسين

المعيار

QPS.8 تحقيق التحسين في الجودة والسلامة والمحافظة عليها.

نية المعيار QPS.8

تستخدم المؤسسة المعلومات الناجمة عن تحليل البيانات لتحديد التحسينات أو تخفيض (أو تجنّب) الأحداث المعاكسة. وتسهم بيانات المراقبة الروتينية، بالإضافة إلى التقييمات المكثّفة في فهم أين يجب تخطيط التحسين وما هي الأولوية التي يجب منحها للتحسين. ويخطّط القادة للتحسينات على وجه الخصوص بالنسبة إلى أولوية مجالات جمع البيانات.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.8

- ☐ 1. أن تخطط المؤسسة للتحسينات باستخدام آلية متسقة ينتقيها القادة وتنفذها.
- ☐ 2. أن توثّق المؤسسة التحسينات المتحقّقة وتحافظ عليها.

المعيار

QPS.9 يُشرع بأنشطة التحسين والسلامة في المجالات ذات الأولوية التي يحدّدها قادة المؤسسة.

نية المعيار QPS.9

تستخدم المؤسسة المصادر الملائمة وتشرك الأفراد والاختصاصات والأقسام الأقرب إلى الآليات أو الأنشطة التي يجري تحسينها. وتعهد مسؤولية التخطيط للتحسين وتنفيذه إلى أفراد أو فريق، ويقدّم أي تدريب لازم، وتتاح إدارة المعلومات (انظر المسرد أيضاً) أو المصادر الأخرى.

بعد التخطيط، تجمع البيانات في أثناء فترة الاختبار لإظهار أن التغيّر المخطط كان كبيراً فعلاً. ولضمان المحافظة على التحسين، تجمع بعد ذلك بيانات المراقبة لإجراء تحليل متواصل. وتدخل التغيرات الفعالة في إجراء التشغيل القياسي، ويقدّم أي تعليم ضروري للعاملين. وتوثّق المؤسسة تلك التحسينات المتحقّقة وتحافظ عليها كجزء من برنامج إدارة الجودة وتحسينها فيها.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.9

- ☐ 1. تدرج المجالات ذات الأولوية التي يحدّدها قادة المؤسسة في أنشطة التحسين (انظر أيضاً QPS.3، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. تعيين الموارد البشرية وسواها اللازمة لتنفيذ التحسين.
- ☐ 3. التخطيط لتغيرات واختبارها.
- ☐ 4. تنفيذ التغيرات التي تنتج التحسينات.
- ☐ 5. توافر البيانات لإظهار أنّ التحسينات فعّالة ومستدامة.
- ☐ 6. إدخال التغيرات اللازمة على السياسة لتخطيط التحسين وتنفيذه والمحافظة عليه.
- ☐ 7. توثيق التحسينات الناجحة.

المعيار

QPS.10 يتمّ تعريف برنامج متواصل لتحديد الأحداث المعاكسة غير المتوقّعة ومخاطر السلامة على المرضى والعاملين وتنفيذه.

نية المعيار QPS.10

تحتاج المؤسسة إلى اعتماد آلية لتقويم أشباه الأخطاء وسواها من الآليات العالية المخاطر التي يمكن أن يؤدي الإخفاق فيها إلى حدث عارض. ومن الأدوات التي تقدّم مثل التحليل المبادر لعواقب حدث يمكن أن يقع في آلية حاسمة عالية المخاطر تحليل نمط الإخفاق وتأثيراته (انظر المسرد أيضاً). وتستطيع المؤسسة أن تحدّد أيضاً وتستخدم أدوات مماثلة لتحديد الأخطار وخفضها، مثل تحليل التعرّض للمخاطر (انظر المسرد أيضاً).

لاستخدام هذه الأدوات أو ما يماثلها بفعالية، على قادة المؤسسة اعتماد النهج والاتفاق على الآليات ذات المخاطر العالية من ناحية سلامة المرضى والعاملين، ثم استخدام الأداة في آلية ذات مخاطر تحظى بالأولوية. وفي أعقاب تحليل النتائج، يتخذ قادة المؤسسة إجراء لإعادة تصميم الآلية أو إجراءات مماثلة لخفض المخاطر في الآلية. وتنفّذ آلية خفض المخاطر مرة واحدة في السنة على الأقل وتوثّق.

العناصر المقيسة للمعيار QPS.10

- ☐ 1. اعتماد قادة المؤسسة آلية لتحديد المجالات عالية المخاطر من حيث سلامة المرضى والعاملين.
- ☐ 2. أعطاء قادة المؤسسة الأولوية للمخاطر على سلامة المرضى والعاملين مرة واحدة في السنة على الأقل.
- ☐ 3. قيام المؤسسة باستخدام أداة مبادِرة لخفض المخاطر وتوثيقها مرة واحدة في السنة على الأقل في إحدى الآليات ذات المخاطر التي تحظى بالأولوية.
- ☐ 4. أن يتخذ قادة المؤسسة إجراء لإعادة تصميم الآلية عالية المخاطر استناداً إلى التحليل.

تجنّب العدوى والسيطرة عليها (PCI)

نظرة عامة

يرمي برنامج المؤسسة للوقاية من العدوى والسيطرة عليها إلى تحديد مخاطر الإصابة بالعدوى ونقلها بين المرضى والعاملين واختصاصيي الرعاية الصحية والعمال المتعاقدين (انظر أيضاً "الخدمات المتعاقد عليها" في المسرد) والمتطوّعين والطلاب والزائرين وخفضها.

قد تختلف مخاطر العدوى وأنشطة البرنامج من مؤسسة إلى أخرى، تبعاً لأنشطة المؤسسة السريرية وخدماتها، وجماعات المرضى المخدومين، والموقع الجغرافي، وحجم المرضى، وأعداد الموظفين.

تشترك البرامج الفعالة في القادة المحدّدين، والعاملين المدرّبين، وأساليب تحديد مخاطر العدوى والمبادرة إلى التعامل معها، والسياسات والإجراءات الملائمة، وتعليم العاملين، والتنسيق في كل أقسام المؤسسة.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

PCI.1 يشرف شخص واحد أو أكثر على آلية تنسيق كل أنشطة الوقاية من العدوى والسيطرة عليها. ويكون هذا الشخص مؤهلاً في ممارسات السيطرة على العدوى من خلال التعليم أو التدريب أو الخبرة أو الشهادة (انظر المسرد أيضاً).

PCI.2 وجود آلية تنسيق موضوعة لكل أنشطة السيطرة على العدوى وتشمل الأطباء والممرضين وغيرهم بما يتلاءم مع حجم المؤسسة وتعقيدها.

PCI.3 يستند برنامج السيطرة على العدوى إلى المعرفة العلميّة وتوجيهات الممارسات المقبولة والقانون والنظام المطبقين.

PCI.4 يقدّم قادة المؤسسة الموارد الكافية لدعم برنامج السيطرة على العدوى.

PCI.5 تصمّم المؤسسة برنامجاً شاملاً لخفض مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية على المرضى وعمال الرعاية الصحية وتنفيذه.

PCI.5.1 تدخل كل أماكن المرضى والعاملين والزوار في برنامج السيطرة على العدوى.

PCI.6 تحدّد المؤسسة محور اهتمام برنامج الوقاية من العدوى المرافقة للرعاية الصحية والسيطرة عليها.

PCI.7 تحدّد الإجراءات وآليات العمل المرتبطة بمخاطر العدوى وتنفّذ استراتيجيات لخفض تلك المخاطر.

PCI.7.1 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى بضمان التنظيف الملائم للمعدّات وتعقيمها والإدارة السليمة للغسيل والبياضات.

PCI.7.2 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى من خلال التخلّص من النفايات.

PCI.7.3 يوجد لدى المؤسسة سياسة وإجراءات للتخلّص من الأدوات الحادة والإبر.

PCI.7.4 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى وأجهزة التحكم الميكانيكية والهندسية المرتبطة بعمليات الخدمة الغذائية.

PCI.7.5 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى في المرفق في أثناء الهدم والإنشاء والتجديد.

PCI.8 توفّر المؤسسة الحواجز الاحتياطية وإجراءات العزل التي تحمي المرضى والزوّار والعاملين من الأمراض السارية وتحمي مرضى نقص المناعة من الإصابة بالعدوى التي يميلون إلى التعرّض إليها بشكل فريد.

PCI.9 تتوافر القفازات والأقنعة وأدوات حماية العينين وغيرها من الأدوات الوقائية والصابون والمطهّرات وتستخدم بشكل صحيح عند الحاجة.

PCI.10 تتكامل عملية السيطرة على العدوى مع برنامج المؤسسة الشامل لتحسين الجودة وسلامة المرضى.

PCI.10.1 تتبّع المؤسسة مخاطر العدوى ومعدّلاتها والاتجاهات في العدوى المرافقة للرعاية الصحية.

PCI.10.2 تشمل المراقبة استخدام المؤشرات المتصلة بقضايا العدوى المهمة للمؤسسة من الناحية الوبائية.

PCI.10.3 تستخدم المؤسسة معلومات المخاطر والمعدّل والاتجاه لتصميم آليات لخفض مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية إلى أدنى المستويات الممكنة.

PCI.10.4 تقارن المؤسسة معدّلات العدوى المرافقة للرعاية الصحية فيها بمعدّلات المؤسسات الأخرى من خلال قواعد بيانات المقارنة.

PCI.10.5 تبلّغ نتائج مراقبة العدوى بانتظام إلى القادة والعاملين.

PCI.10.6 تقدّم المؤسسة المعلومات عن العدوى إلى هيئات الصحة العامة الخارجية المناسبة.

PCI.11 تقدّم المؤسسة التعليم عن ممارسات السيطرة على العدوى إلى العاملين والأطباء والمرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء، ومقدّمي الرعاية الآخرين.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

قيادة البرنامج وتنسيقه

المعيار

PCI.1 يشرف شخص واحد أو أكثر على آلية تنسيق كل أنشطة الوقاية من العدوى السيطرة عليها. ويكون هذا الشخص مؤهلاً في ممارسات السيطرة على العدوى من خلال التعليم أو التدريب أو الخبرة أو الشهادة.

نية المعيار PCI.1

يتلاءم الإشراف على برنامج الوقاية من العدوى والسيطرة عليها مع حجم المؤسسة، ومستوى المخاطر، وتعقيد الأنشطة، ونطاق البرنامج. ويقوم شخص واحد أو أكثر، متفرّغون أو غير متفرّغين، بالإشراف كجزء من المسؤوليات المعهودة إليهم أو من مواصفات عملهم. وتتوقّف مؤهلاتهم على الأنشطة التي يقومون بها ويمكن تلبيتها من خلال

- التعليم
- التدريب
- الخبرة
- الشهادة أو الترخيص (انظر المسرد أيضاً)

العناصر المقيسة للمعيار PCI.1

☐ 1. أن يشرف شخص واحد أو أكثر على برنامج السيطرة على العدوى.

☐ 2. أن يكون الشخص مؤهّلاً لحجم المؤسسة، ومستوى المخاطر، ونطاق البرنامج وتعقيده.

☐ 3. أن يفي الشخص بمسؤوليات الإشراف المحدّدة في مواصفات العمل.

المعيار

PCI.2 وجود آلية تنسيق موضوعة لكل أنشطة السيطرة على العدوى وتشمل الأطباء والممرضين وغيرهم بما يتلاءم مع حجم المؤسسة وتعقيدها.

نية المعيار PCI.2

تصل أنشطة الوقاية من العدوى والسيطرة عليها إلى كل جزء من مؤسسة الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) وتشمل أشخاصاً في أقسام وخدمات متعدّدة، مثل الأقسام السريرية، وصيانة المرفق، وخدمات الغذاء، وتدبير شؤون المؤسسة، والمختبر، والصيدلية، وخدمات التعقيم. وثمة آلية محددة لتنسيق البرنامج بأكمله. وقد تكون تلك الآلية مجموعة صغيرة، أو لجنة تنسيق، أو فريقاً خاصاً، أو آلية أخرى. وتشمل المسؤوليات على سبيل المثال وضع معايير تحديد العدوى المرافقة للرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً)، وتحديد طرق جمع البيانات (انظر المسرد أيضاً)، وتصميم الاستراتيجيات للتعامل مع الوقاية من العدوى والسيطرة على المخاطر، وآليات التبليغ. وينطوي التنسيق على الاتصال بكل أقسام المؤسسة لضمان استمرارية البرنامج ومبادرته.

كلما اختارت المؤسسة آلية لتنسيق برنامج السيطرة على العدوى، يكون الأطباء والمرّضون ممثلين ويشاركون في الأنشطة مع اختصاصيي السيطرة على العدوى. ويمكن إشراك آخرين كما يملي حجم المؤسسة وتعقيد خدماتها (مثل اختصاصي بالأوبئة، وخبير جمع للبيانات، وإحصائي، ومدير تعقيم مركزي، واختصاصي في الأحياء الدقيقة، وصيدلاني، وخدمات تدبير الشؤون الداخلية، وخدمات البيئة أو المرافق، والمشرف على مسرح العمليات).

العناصر المقيسة للمعيار PCI.2

☐ 1. وجود آلية محدّدة لتنسيق برنامج السيطرة على العدوى.

☐ 2. أن يشمل تنسيق أنشطة السيطرة على العدوى الأطباء.

- ☐ 3. أن يشمل تنسيق أنشطة السيطرة على العدوى الممرضين.
- ☐ 4. أن يشمل تنسيق أنشطة السيطرة على العدوى اختصاصيي السيطرة على العدوى.
- ☐ 5. أن يشمل تنسيق أنشطة السيطرة على العدوى أشخاصاً آخرين بما يتلاءم مع المؤسسة.

المعيار

PCI.3 يستند برنامج السيطرة على العدوى إلى المعرفة العلمية وتوجيهات الممارسات المقبولة والقانون والنظام المطبقين.

نية المعيار PCI.3

المعلومات ضرورية لبرنامج السيطرة على العدوى. والمعلومات العلمية الراهنة مطلوبة لفهم الرصد الفعال والأنشطة السيطرة وتطبيقها ويمكن أن تأتي من مصادر وطنية ودولية، على سبيل المثال، تنشر منظمة الصحة العالمية توجيهات نظافة اليدين وغيرها. وتقدّم توجيهات الممارسة (انظر المسرد أيضاً) معلومات عن ممارسات الوقاية (انظر المسرد أيضاً) والعدوى المرافقة للخدمات السريرية وخدمات الدعم. وتحدّد القوانين والأنظمة المطبّقة عناصر البرنامج الأساسية، والاستجابة لاندلاع المرض المعدي وأي احتياجات للإبلاغ.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.3

- ☐ 1. استناد برنامج السيطرة على العدوى إلى المعرفة العلمية الراهنة.
- ☐ 2. استناد برنامج السيطرة على العدوى إلى توجيهات الممارسة المقبولة.
- ☐ 3. استناد برنامج السيطرة على العدوى إلى القانون والنظام المطبّق.

المعيار

PCI.4 يقدّم قادة المؤسسة الموارد الكافية لدعم برنامج السيطرة على العدوى.

نية المعيار PCI.4

يتطلّب برنامج السيطرة على العدوى عاملين أكفاء للوفاء بأهدافه واحتياجات المؤسسة، كما حدّدتها هيئة/آلية الإشراف وأقرّتها قيادة المؤسسة.

كما يتطلّب برنامج السيطرة على العدوى موارد لتقديم التعليم إلى كل العاملين، والإمدادات مثل دلوك اليدين الكحولية لنظافة اليدين. ويضمن قادة المؤسسة أن يكون لدى البرنامج الموارد الكافية لتنفيذه بفعالية.

تعدّ نظم إدارة المعلومات (انظر المسرد أيضاً) مصدراً مهماً للدعم وتعقّب المخاطر والمعدّلات والاتجاهات في العدوى المرافقة للرعاية الصحية. وتدعم وظائف إدارة المعلومات تحليل البيانات وتفسيرها وعرض النتائج. بالإضافة إلى ذلك، تدار بيانات ومعلومات برنامج السيطرة على العدوى مع بيانات ومعلومات برنامج إدارة الجودة وتحسينها في المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.4

- ☐ 1. تزويد برنامج السيطرة على العدوى بالعدد الكافي من العاملين كما تقرّه القيادة.
- ☐ 2. أن يخصّص قادة المؤسسة الموارد الكافية لبرنامج السيطرة على العدوى.
- ☐ 3. أن تدعم نظم إدارة المعلومات برنامج السيطرة على العدوى.

محور اهتمام البرنامج

المعيار

PCI.5 تصمّم المؤسسة برنامجاً شاملاً لخفض مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية على المرضى وعمال الرعاية الصحية وتنفيذه.

نية المعيار PCI.5

لكي يكون برنامج الوقاية من العدوى والسيطرة عليها فعّالاً، يجب أن يتسم بالشمول ويحيط برعاية المرضى وصحة الموظفين. توجّه البرنامج خطة تحدّد قضايا العدوى المهمة للمؤسسة من الناحية الوبائية وتتعامل معها. كما يتلاءم البرنامج والخطة مع حجم المؤسسة وموقعها الجغرافي وخدماتها ومرضاها. ويشمل البرنامج نظم مراقبة (انظر المسرد أيضاً) العدوى وتحرّي وقوع الأمراض المعدية. وتوجّه السياسات والإجراءات البرنامج. كما يوجّه التقييم الدوري للمخاطر وتحديد أهداف خفض المخاطر البرنامج.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.5

- ☐ 1. وجود برنامج وخطة شاملين لخفض مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية لدى المرضى.
- ☐ 2. وجود برنامج وخطة شاملين لخفض مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية لدى العاملين في الرعاية الصحية (انظر أيضاً SQE.8.4).
- ☐ 3. أن يشمل البرنامج أنشطة منهجية وسبّاقة للرصد لتحديد معدّلات العدوى العادية.
- ☐ 4. أن يشمل البرنامج أنظمة لتحري وقوع الأمراض المعدية (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 5. أن توجّه السياسات والإجراءات الملائمة البرنامج.
- ☐ 6. أن توضع أهداف خفض المخاطر والأهداف المقيسة وتراجع بانتظام.
- ☐ 7. تلاؤم البرنامج مع حجم المؤسسة وموقعها الجغرافي وخدماتها ومرضاها.

المعيار

PCI.5.1 تدخل كل أماكن المرضى والعاملين والزوار في برنامج السيطرة على العدوى.

نية المعيار PCI.5.1

يمكن أن تدخل العدوى المؤسسة عبر المرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار وغيرهم من الأشخاص مثل ممثّلي المهن. ومن ثم يجب إدخال كل أماكن المؤسسة التي يوجد فيها هؤلاء الأشخاص في برنامج رصد العدوى والوقاية منها والسيطرة عليها.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.5.1

- ☐ 1. إشراك كل أماكن رعاية المرضى في المؤسسة في برنامج السيطرة على العدوى.
- ☐ 2. إشراك كل أماكن العاملين في المؤسسة في برنامج السيطرة على العدوى.
- ☐ 3. إشراك كل أماكن الزوار في المؤسسة في برنامج السيطرة على العدوى.

المعيار

PCI.6 تحدّد المؤسسة محور اهتمام برنامج الوقاية من العدوى المرافقة للرعاية الصحية والسيطرة عليها.

نية المعيار PCI.6

على كل مؤسسة أن تحدّد أنواع العدوى المهمة من الناحية الوبائية، ومواقع العدوى، والأجهزة والإجراءات المرافقة التي تركّز الجهود للوقاية من مخاطر وقوع العدوى المرافقة للرعاية الصحية وخفضها. تنظر المؤسسات، عند الاقتضاء، في العدوى والآليات التي تشمل

- الجهاز التنفّسي – مثل الإجراءات والمعدات المصاحبة للأنابيب، والدعم التنفّسي الميكانيكي، وتفميم القصبة، وما إلى هنالك
- الجهاز البولي – مثل الإجراءات الجائرة (انظر المسرد أيضاً) والمعدات المصاحبة للقثطرة البولية، ونظم تصريف البول، ورعايتها وما إلى هنالك
- الأجهزة الجائرة عبر الأوعية – مثل إدخال القثطرة الوريدية، والخطوط الوريدية المحيطية، وما إلى هنالك
- المواقع الجراحية – مثل رعايتها ونوع الضمادات والإجراءات التطهيرية المصاحبة

- الأمراض والعضويات المهمة من الناحية الوبائية – العضويات المقاومة للعديد من الأدوية، والعدوى الوبيلة
- العدوى التي تظهر وتعاود الظهور في المجتمع

العناصر المقيسة للمعيار PCI.6

- ☐ 1. تركيز المؤسسة على برنامج الوقاية من وقوع العدوى المرافقة للرعاية الصحية ووقوعها وخفضها.
- ☐ 2. إدراج عدوى الجهاز التنفسي بما يتلاءم مع المؤسسة.
- ☐ 3. إدراج عدوى الجهاز البولي بما يتلاءم مع المؤسسة.
- ☐ 4. إدراج الأجهزة الجائرة عبر الأوعية بما يتلاءم مع المؤسسة.
- ☐ 5. إدراج الجروح الجراحية بما يتلاءم مع المؤسسة.
- ☐ 6. إدراج الأمراض والعضويات المهمة من الناحية الوبائية بما يتلاءم مع المؤسسة.
- ☐ 7. إدراج أنواع العدوى التي تظهر وتعاود الظهور في المجتمع بما يتلاءم مع المؤسسة.

المعيار

PCI.7 تحدّد الإجراءات وآليات العمل المرتبطة بمخاطر العدوى وتنفّذ استراتيجيات لخفض تلك المخاطر.

نية المعيار PCI.7

تقيّم مؤسسات الرعاية الصحية ورعاية المرضى باستخدام العديد من الآليات البسيطة والمعقّدة، ويرتبط كل منها بمستوى مخاطر العدوى على المرضى والعاملين. ومن ثم من المهم للمؤسسة أن تراجع هذه الآليات وتراقبها، وعند الاقتضاء، تنفيذ السياسات والإجراءات والتعليم وغير ذلك من الأنشطة اللازمة لخفض مخاطر العدوى.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.7

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة الآليات المصاحبة لمخاطر العدوى (انظر أيضاً MMU.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن تنفّذ المؤسسة استراتيجيات لخفض مخاطر العدوى في هذه الآليات (انظر أيضاً MMU.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 3. أن تحدّد المؤسسة ما هي المخاطر (انظر أيضاً PCI.7.1 إلى PCI.7.5) التي تتطلب سياسات وإجراءات وتعليم العاملين وإدخال تغييرات على الممارسة وغيرها من الأنشطة لدعم خفض المخاطر.

المعيار

PCI.7.1 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى بضمان التنظيف الملائم للمعدّات وتعقيمها والإدارة السليمة للغسيل والبياضات.

نية المعيار PCI.7.1

تقلّ مخاطر العدوى بالتنظيف والتطهير والتعقيم الصحيح، مثل تنظيف المناظير الداخلية، وتعقيم الأدوات الجراحية، وغير ذلك من معدّات رعاية المرضى الجائرة وغير الجائرة. ويمكن أن يحدث التنظيف والتطهير والتعقيم في منطقة تعقيم مركزية أو في أماكن أخرى من المؤسسة مثل عيادات التنظير الداخلي مع الإشراف الصحيح. كما أنّ الإدارة الصحيحة للغسيل والبياضات يمكن أن تؤدي إلى خفض تلوّث (انظر المسرد أيضاً) البياضات النظيفة ومخاطر العدوى على العاملين من الغسيل والبياضات المتسخة.

تزداد مخاطر العدوى إذا كانت المؤسسة تعيد استخدام الأدوات المعدة للاستخدام مرة واحدة، فثمة سياسة للمؤسسة توجّه إعادة استخدام مثل هذه الأدوات. وتنسجم هذه السياسة مع المعايير التنظيمية والمهنية. وتشمل السياسة تحديد

أ. الأجهزة والأدوات التي لا يمكن إعادة استخدامها مطلقاً

ب. العدد الأقصى لإعادة استخدام الأجهزة والمواد التي يعاد استخدامها

ج. أنواع البلى والتشقّق، إلخ، التي تشير إلى أنّ الأجهزة لا يمكن إعادة استخدامها

د. عملية تنظيف الأجهزة التي تبدأ بعد الاستخدام على الفور وتتبع بروتوكولاً واضحاً (انظر المسرد أيضاً)
هـ عملية جمع بيانات السيطرة على العدوى المرتبطة بالأجهزة والمواد التي يعاد استخدامها وتحليلها واستخدامها

العناصر المقيسة للمعيار PCI.7.1

☐ 1. تلاؤم أساليب تنظيف المعدات وتعقيمها في خدمة التعقيم المركزية مع نوع المعدات.
☐ 2. تلاؤم أساليب تنظيف المعدات وتعقيمها خارج خدمة التعقيم المركزية مع نوع المعدات.
☐ 3. وجود سياسة للمؤسسة توجّه إعادة استخدام الأدوات المعدة للاستخدام مرة واحدة عند إعادة استخدامها تشمل البنود (أ) إلى (هـ) في إعلان النية وتنفيذ هذه السياسة.
☐ 4. تلاؤم إدارة الغسيل والبياضات مع تقليل المخاطر على المرضى والعاملين.
☐ 5. وجود آلية إشراف منسقة لكل أعمال الغسيل والتطهير والتعقيم في كل أنحاء المؤسسة.

المعيار

PCI.7.2 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى من خلال التخلّص من النفايات.

نية المعيار PCI.7.2

تنتج مؤسسات الرعاية الصحية كمية كبيرة من النفايات كل يوم. وتكون النفاية، أو قد تكون، معدية في الغالب. وهكذا فإنّ التخلّص الصحيح من النفايات يسهم في خفض مخاطر العدوى في المؤسسة. وينطبق ذلك على التخلّص من سوائل الجسم والمواد الملوّثة بسوائل الجسم، والتخلّص من الدم ومكوّنات الدم، ونفايات المشرحة وأماكن تشريح الجثث، عندما تكون موجودة.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.7.2

☐ 1. إدارة التخلّص من النفايات وسوائل الجسم لتقليل مخاطر النقل.
☐ 2. إدارة تداول الدم ومكوّنات الدم والتخلّص منها لتقليل مخاطر النقل.
☐ 3. إدارة عمل المشرحة ومكان تشريح الجثث لتقليل مخاطر النقل.

المعيار

PCI.7.3 يوجد لدى المؤسسة سياسة وإجراءات للتخلّص من الأدوات الحادة والإبر.

نية المعيار PCI.7.3

يمثّل التخلص غير الصحيح من الأدوات الحادة والإبر تحدياً كبيراً لسلامة العاملين. وتضمن المؤسسة تنفيذ السياسة التي تتعامل مع كل الخطوات في العملية من نوع الحاويات واستخدامها، والتخلّص من الحاويات، ومراقبة عملية التخلّص.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.7.3

☐ 1. جمع الأدوات الحادة والإبر في حاويات مخصصة صامدة للخرق لا تستخدم مرة ثانية.
☐ 2. تخلّص المستشفى من الأدوات الحادة والإبر بسلام أو التعاقد مع مصادر تضمن التخلّص من حاويات المواد الحادة في مواقع خاصة بالنفايات الخطيرة أو بعملية ملائمة.
☐ 3. انسجام التخلّص من الأدوات الحادة والإبر مع سياسات السيطرة على العدوى في المؤسسة.

المعيار

PCI.7.4 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى وأجهزة التحكم الميكانيكية والهندسية المرتبطة بعمليات الخدمة الغذائية.

نية المعيار PCI.7.4

أجهزة التحكّم الهندسية، مثل أنظمة التهوئة الإيجابية، والقلنسوات البيولوجية في المختبرات، ونواظم الحرارة على وحدات التبريد وسخّانات الماء المستخدمة لتعقيم الأطباق ومعدّات المطبخ، أمثلة عن الدور البيئي المهم الذي تسهم به المعايير والضوابط في التصحاح الجيد وخفض مخاطر العدوى في المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.7.4

- ☐ 1. تلاؤم نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى.
- ☐ 2. تنفيذ أجهزة التحكم الهندسية عند الاقتضاء لتقليل مخاطر العدوى في الأماكن الملائمة من المؤسسة.

المعيار

PCI.7.5 تخفّض المؤسسة مخاطر العدوى في المرفق في أثناء الهدم والإنشاء والتجديد.

نية المعيار PCI.7.5

عند التخطيط لأعمال التدمير أو الإنشاء أو التجديد تستخدم معايير الخطر المستخدمة التي تتعامل مع تأثير التجديد أو الإنشاء الجديد على جودة متطلبات الهواء، والسيطرة على العدوى، ومتطلبات المرافق العامة، والضوضاء، والارتجاج، وإجراءات الحالات الطارئة (انظر المسرد أيضاً).

العناصر المقيسة للمعيار PCI.7.5

- ☐ 1. أن تستخدم المؤسسة معايير المخاطر لتقيم تأثير التجديد أو الإنشاء الجديد.
- ☐ 2. تقييم مخاطر وتأثير التجديد أو الإنشاء الجديد على جودة متطلبات الهواء، والسيطرة على العدوى وإدارتها.

إجراءات العزل

المعيار

PCI.8 توفّر المؤسسة الحواجز الاحتياطية وإجراءات العزل التي تحمي المرضى والزوّار والعاملين من الأمراض السارية وتحمي مرضى نقص المناعة من الإصابة العدوى التي يميلون إلى التعرّض إليها بشكل فريد.

نية المعيار PCI.8

تضع المؤسسة السياسات والإجراءات التي تقيم إجراءات العزل والحواجز في المستشفى. وهي تستند إلى طريقة نقل المرض وتتعامل مع المرضى الأفراد الذين قد يكونون معدين أو يعانون من نقص المناعة، فضلاً عن تدفّق أعداد كبيرة من المرضى المصابين بعدوى سارية. وتتعامل إجراءات العزل مع حماية العاملين والزائرين، وبيئة المريض وتنظيف الغرفة في أثناء إقامته وبعد تخريجه.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.8

- ☐ 1. عزل المرضى المصابين بأمراض سارية أو مشتبه بإصابتهم بها وفقاً لسياسة المؤسسة والتوجيهات المقترحة.
- ☐ 2. تعامل السياسات والإجراءات مع فصل المرضى المصابين بأمراض سارية عن المرضى والعاملين المعرّضين لمخاطر كبيرة بسبب نقص المناعة أو أسباب أخرى.
- ☐ 3. وجود استراتيجية للمؤسسة في التعامل مع تدفّق المرضى المصابين بأمراض سارية.
- ☐ 4. توافر غرف الضغط السلبي ومراقبتها بشكل روتيني بالنسبة للمرضى الذين يتطلّبون العزل.
- ☐ 5. تعليم العاملين على إدارة المرضى الناقلين للعدوى.

أساليب الحواجز ونظافة اليدين

المعيار

PCI.9 تتوافر القفازات والأقنعة وواقيات العينين وغيرها من الأدوات الوقائية والصابون والمطهّرات وتستخدم بشكل صحيح عند الحاجة.

نية المعيار PCI.9

نظافة اليدين وأساليب الحواجز والعوامل المطهّرة أدوات أساسية للوقاية الصحيحة من العدوى والسيطرة عليها. تحدّد المؤسسة تلك الأوضاع التي تكون فيها الأقنعة أو واقيات العينين أو المرابيل أو القفّازات مطلوبة وتقدّم التدريب على استخدامها بشكل صحيح. ويوجد الصابون والمطهّرات والمناشف أو وسائل التجفيف الأخرى موجودة في الأماكن التي تتطلّب غسل اليدين وإجراءات التطهير. تعتمد توجيهات نظافة اليدين (يعطى استخدام التوجيهات في الهدف الدولي لسلامة المرضى 5، العنصر المقيس 2) من قبل المؤسسة وتعلّق في الأماكن الملائمة، ويعلّم العاملون على إجراءات الغسل الصحيح لليدين أو تطهيرهما أو تطهير الأسطح.

العناصر المقيسة لمعيار PCI.9

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة الأوضاع التي تتطلّب القفازات و/أو الأقنعة أو واقيات العينين.
- ☐ 2. استخدام القفازات و/أو واقيات العينين بشكل صحيح في تلك الأوضاع.
- ☐ 3. أن تحدّد المؤسسة الأماكن التي تطلب فيها إجراءات غسل اليدين وتطهيرهما أو تطهير الأسطح.
- ☐ 4. استخدام إجراءات غسل اليدين وتطهيرهما في تلك الأماكن بشكل صحيح.
- ☐ 5. اعتماد المؤسسة توجيهات نظافة اليدين من مصدر مرجعي.

تكامل البرنامج مع تحسين الجودة وسلامة المرضى

المعايير

PCI.10 تتكامل عملية السيطرة على العدوى مع برنامج المؤسسة الشامل لتحسين الجودة وسلامة المرضى.

PCI.10.1 تتبّع المؤسسة مخاطر العدوى ومعدّلاتها والاتجاهات في أنواع العدوى المرافقة للرعاية الصحية.

PCI.10.2 تشمل المراقبة استخدام المؤشرات المتصلة بقضايا العدوى المهمة للمؤسسة من الناحية الوبائية.

PCI.10.3 تستخدم المؤسسة معلومات المخاطر والمعدّل والاتجاه لتصميم آليات لخفض مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية إلى أدنى المستويات الممكنة.

PCI.10.4 تقارن المؤسسة معدّلات العدوى المرافقة للرعاية الصحية فيها بمعدّلات المؤسسات الأخرى من خلال قواعد بيانات المقارنة.

PCI.10.5 تبلّغ نتائج مراقبة العدوى بانتظام إلى القادة والعاملين.

PCI.10.6 تقدّم المؤسسة المعلومات عن العدوى إلى هيئات الصحة العامة الخارجية المناسبة.

نية المعايير PCI.10 إلى PCI.10.6

تصمم آلية السيطرة على العدوى لخفض مخاطر العدوى على المرضى والعاملين وغيرهم. ولتحقيق هذا الهدف، على المؤسسة أن تبادر إلى مراقبة مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية ومعدّلاتها واتجاهاتها. وتستخدم المؤسسة معلومات المراقبة لتحسين أنشطة الوقاية من العدوى والسيطرة عليها وخفض معدّلات العدوى المرافقة للرعاية الصحية إلى أدنى المستويات الممكنة. وتستطيع المؤسسة استخدام مراقبة البيانات والمعلومات على أفضل وجه بفهم المعدّلات والاتجاهات المماثلة في مؤسسات أخرى والإسهام ببيانات في قواعد بيانات مرتبطة بالعدوى.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10

- ☐ 1. تكامل أنشطة السيطرة على العدوى مع برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى (انظر أيضاً QPS.1.1، العنصر المقيس 4).
- ☐ 2. إدخال قيادة برنامج السيطرة على العدوى في آلية الإشراف على برنامج الجودة وسلامة المرضى في المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10.1

- ☐ 1. تتبّع مخاطر العدوى المرافقة للرعاية الصحية.
- ☐ 2. تتبّع معدّلات العدوى المرافقة للرعاية الصحية.
- ☐ 3. تتبّع اتجاهات العدوى المرافقة للرعاية الصحية.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10.2

- ☐ 1. أن تستخدم مراقبة العدوى مقاييس المؤشرات (انظر المسرد أيضاً).
- ☐ 2. أن تقيس المؤشّرات العدوى المهمة من الناحية الوبائية.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10.3

- ☐ 1. إعادة تصميم الآليات استناداً إلى البيانات والمعلومات عن المخاطر والمعدل والاتجاه.
- ☐ 2. إعادة تصميم الآليات لخفض المخاطر إلى أدنى مستوى ممكن.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10.4

- ☐ 1. مقارنة معدّلات العدوى المرافقة للرعاية الصحية مع معدّلات المؤسسات الأخرى من خلال قواعد بيانات المقارنة (انظر QPS.4.2، العنصر المقيس 2؛ وMCI.20.3، العنصر المقيس 3).
- ☐ 2. أن تقارن المؤسسة معدّلاتها مع أفضل الممارسات (انظر المسرد أيضاً) والأدلة العلمية.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10.5

- ☐ 1. تبليغ نتائج المراقبة إلى العاملين الطبيين.
- ☐ 2. تبليغ نتائج المراقبة إلى العاملين التمريضيين.
- ☐ 3. تبليغ نتائج المراقبة إلى الإدارة.

العناصر المقيسة للمعيار PCI.10.6

- ☐ 1. الإفادة عن نتائج برنامج السيطرة على العدوى إلى الهيئات الصحية العامة وفق ما هو مطلوب (انظر أيضاً MCI.20.1).
- ☐ 2. اتخاذ المؤسسة الإجراء الملائم بشأن التقرير الصادر عن الهيئات الصحية العامة المعنية.

تعليم العاملين عن البرنامج

المعيار

PCI.11 تقدّم المؤسسة التعليم عن ممارسات السيطرة على العدوى إلى العاملين والأطباء والمرضى وعائلاتهم، عند الاقتضاء، ومقدّمي الرعاية الآخرين.

نية المعيار PCI.11

لكي يكون لدى المؤسسة برنامجاً فعالاً للسيطرة على العدوى، عليها أن تعلّم العاملين عن البرنامج عندما يبدؤون العمل في المؤسسة وبعد ذلك بانتظام. ويشمل البرنامج التعليمي العاملين الاختصاصيين، وعاملي الدعم السريري وغير السريري، بل حتى المرضى وعائلاتهم، بما في ذلك رجال المهنة والزوّار الآخرين. ويشجّع المرضى وعائلاتهم على المشاركة في تنفيذ ممارسات الوقاية من العدوى والسيطرة عليها في المؤسسة.

يقدّم التعليم كجزء من توجيه كل العاملين الجدد وتجدّد المعلومات دورياً، أو عند تغيّر السياسات والإجراءات والممارسات التي توجّه برنامج الوقاية من العدوى والسيطرة عليها على الأقل (انظر أيضاً SQE.7).

العناصر المقيسة للمعيار PCI.11

- ☐ 1. أن تقدّم المؤسسة التعليم عن الوقاية من العدوى والسيطرة عليها.
- ☐ 2. إشراك العاملين السريريين وغيرهم من العاملين الاختصاصيين في البرنامج.
- ☐ 3. إشراك المرضى وعائلاتهم عندما يلائم ذلك احتياجات المريض وحالته.
- ☐ 4. توجيه كل العاملين بشأن سياسات برنامج الوقاية من العدوى والسيطرة عليها وإجراءاته وممارساته.
- ☐ 5. أن يشمل التعليم الدوري للعاملين السياسات والإجراءات الجديدة
- ☐ 6. أن يشمل التعليم الدوري للعاملين الاستجابة إلى الاتجاهات المهمة في بيانات العدوى.
- ☐ 7. تشجيع المرضى وعائلاتهم على المشاركة في برنامج الوقاية من العدوى والسيطرة عليها.

الحاكمية والقيادة والتوجيه (GLD)

نظرة عامة

إنّ تقديم رعاية ممتازة إلى المرضى يتطلّب قيادة فعالة. وتأتي تلك القيادة من العديد من المصادر في مؤسسة الرعاية الصحية، بمن في ذلك القادة الحاكمون (الحاكمية، انظر المسرد أيضاً)، والقادة وغيرهم ممن يشغلون مناصب قيادية ويضطلعون بالمسؤولية والثقة. وعلى كل مؤسسة أن تحدّد هؤلاء الأشخاص وتشركهم في ضمان أن تكون المؤسسة مورداً فعّالاً وكفؤاً للمجتمع ومرضاه.

وعلى هؤلاء القادة على وجه التحديد أن يحدّدوا رسالة المؤسسة ويحرصوا على توافر الموارد اللازمة لتلبية هذه الرسالة. ولا يعني ذلك للعديد من المؤسسات إضافة مزيد من الموارد الجديدة، بل استخدام الموارد القائمة بكفاءة أعلى، حتى عندما تكون نادرة. وعلى القادة أيضاً أن يعملوا معاً بشكل جيد لتنسيق كل أنشطة المؤسسة وتكاملها، بما في ذلك تلك المصمّمة لتحسين رعاية المرضى والخدمات السريرية.

تبدأ القيادة الفعّالة بفهم المسؤوليات المختلفة وسلطة الأفراد في المؤسسة وكيف يعمل هؤلاء الأفراد معاً. يتمتّع من يحكم المؤسسة ويديرها ويقودها بالسلطة والمسؤولية على السواء. وهم مسؤولون جماعياً وفردياً عن الامتثال للقانون والنظام والوفاء بمسؤولية المؤسسة تجاه جماعة المرضى الذين تخدمهم. وتساعد القيادة الفعّالة بمرور الوقت في التغلّب على الحواجز المفترضة ومشاكل التواصل بين الأقسام والخدمات في المؤسسة، وتصبح المؤسسة أكثر كفاءة وفعالية. ويزداد تكامل الخدمات، ويؤدّي تكامل كل أنشطة إدارة الجودة تحسينها في كل أنحاء المؤسسة إلى تحسين نتائج المرضى (انظر المسرد أيضاً).

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

GLD.1 توصف واجبات الحاكمية ومسؤولياتها في القرارات التنفيذية أو السياسات والإجراءات أو الوثائق المماثلة التي توجّه كيفية القيام بها.

GLD.1.1 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على بيان رسالة المؤسسة ويذيعونه

GLD.1.2 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على سياسات تشغيل المؤسسة وخططها

GLD.1.3 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على الموازنة ويخصصون الموارد المطلوبة لتلبية رسالة المؤسسة.

GLD.1.4 يعيّن المسؤولون عن الحاكمية كبار المديرين في المؤسسة.

GLD.1.5 يتعاون المسؤولون عن الحاكمية مع مديري المؤسسة.

GLD.1.6 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على خطة المؤسسة للجودة وسلامة المرضى ويتلقّون بشكل دوري تقارير عن برنامج الجودة وسلامة المرضى ويتخذون الإجراءات الملائمة.

GLD.2 يكون أحد المديرين الكبار مسؤولاً عن إدارة المؤسسة والامتثال للقوانين والأنظمة المطبقة.

GLD.3 يحدّد قادة المؤسسة ويكونون مسؤولين بشكل جماعي عن تحديد رسالة المؤسسة ووضع الخطط والسياسات اللازمة للوفاء بالرسالة.

GLD.3.1 يخطط قادة المؤسسة مع قادة المجتمع وقادة مؤسسات أخرى لتلبية احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع.

GLD.3.2 يحدّد القادة نوع الخدمات السريرية المطلوبة لتلبية احتياجات المرضى الذين تخدمهم المؤسسة ويخطّطون لها.

GLD.3.2.1 تستخدم المعدات والإمدادات والأدوية التي توصي بها مؤسسات مهنية أو مصادر مرجعية بديلة.

GLD.3.3 يشرف القادة على عقود الخدمات السريرية أو الإدارية.

GLD.3.4 يكون القادة الطبيون والتمريضيون وقادة آخرين ملمين بمفاهيم تحسين الجودة.

GLD.3.5 يضمن قادة المؤسسة وجود برامج منتظمة للاستخدام والمحافظة على المستخدمين والتطوير والتعليم المستمر لكل العاملين.

GLD.4 يضع القادة الطبيون والتمريضيون وسواهم من قادة الخدمات السريرية هيكلاً تنظيمياً فعّالاً لدعم مسؤولياتهم وسلطتهم وينفّذونه.

GLD.5 يدير أحد الأشخاص المؤهّلين أو أكثر كل قسم أو خدمة في المؤسسة.

GLD.5.1 يقوم مديرو كل قسم سريري بتحديد الخدمات التي يقدّمها القسم خطياً.

GLD5.1.1 تنسّق الخدمات وتتكامل داخل القسم أو الخدمة ومع الأقسام والخدمات الأخرى.

GLD.5.2 يوصي المديرون بالحيز والمعدات والعاملين وغير ذلك من الموارد اللازمة للقسم أو الخدمة.

GLD.5.3 يوصي المديرون بمعايير انتقاء العاملين المحترفين في القسم أو الخدمة ويختارون الأفراد الذين يلبون هذه المعايير أو يقترحونهم.

GLD.5.4 يقدّم المديرون التوجيه والتدريب لكل العاملين في القسم أو الخدمة بما يتلاءم مع مسؤولياتهم.

GLD.5.5 يراقب المديرون أداء القسم أو الخدمة بالإضافة إلى أداء العاملين.

GLD.6 تضع المؤسسة إطاراً للإدارة الأخلاقية التي تضمن أن تقدّم الرعاية إلى المريض ضمن المعايير العملية والمالية والأخلاقية والقانونية وتحمي المرضى وحقوقهم.

GLD.6.1 يشمل إطار المؤسسة للإدارة الأخلاقية التسويق وإدخال المرضى، وإحالتهم، وتخريجهم، والكشف عن الجهات المسؤولة وأي تضاربات في العمل والتخصص قد لا تكون في مصلحة المريض.

GLD.6.2 يدعم إطار المؤسسة للإدارة الأخلاقية اتخاذ القرارات الأخلاقية في الرعاية السريرية.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

حاكمية المؤسسة

المعيار

GLD.1 توصف واجبات الحاكمية ومسؤولياتها في القرارات التنفيذية أو السياسات والإجراءات أو الوثائق المماثلة التي توجّه كيفية القيام بها.

نية المعيار GLD.1

ثمة كيان (مثل وزارة الصحة)، أو مجموعة من الأشخاص المحددين (مثل مجلس الإدارة أو الهيئة الحاكمة) يشرفون على عمل المؤسسة ويكونون مسؤولين عن تقديم خدمات رعاية صحية نوعية إلى مجتمعها أو جماعة المرضى الذين يسعون إلى الرعاية. توصف واجبات ومسؤوليات هذا الكيان في وثيقة تحدّد كيف سيتم القيام بها. وتصف أيضاً كيف تقيّم الهيئة الحاكمة وأداء مديري المؤسسة مقابل المعايير الخاصة بالمؤسسة.

تمثّل حاكمية المؤسسة وهيكلها الإداري أو يعرض في مخطط تنظيمي (انظر المسرد أيضاً) أو في وثيقة أخرى تبين خطوط السلطة والمساءلة. ويحدّد الأشخاص الممثّلون في المخطط بالمنصب أو الاسم.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1

- ☐ 1. أن يوصف هيكل حاكمية المؤسسة في وثائق خطية.
- ☐ 2. أن توصف واجبات الحاكمية ومسؤولياتها في الوثائق.
- ☐ 3. أن تصف الوثائق كيف سيقيّم أداء الهيئة الحاكمة والمديرين وما هي المعايير ذات الصلة.
- ☐ 4. وجود تقييم موثّق واحد لأداء الحاكمية والإدارة العليا.
- ☐ 5. وجود مخطط تنظيمي أو وثيقة تنظيمية.
- ☐ 6. تحديد المسؤولين عن حكم المؤسسة وإدارتها بالمنصب أو الاسم.

المعايير

GLD.1.1 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على بيان رسالة المؤسسة ويذيعونه

GLD.1.2 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على سياسات تشغيل المؤسسة وخططها

GLD.1.3 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على الموازنة ويخصصون الموارد المطلوبة لتلبية رسالة المؤسسة.

GLD.1.4 يعيّن المسؤولون عن الحاكمية كبار المديرين في المؤسسة.

GLD.1.5 يتعاون المسؤولون عن الحاكمية مع مديري المؤسسة.

GLD.1.6 يوافق المسؤولون عن الحاكمية على خطة المؤسسة للجودة وسلامة المرضى ويتلقّون بشكل دوري تقارير عن برنامج الجودة وسلامة المرضى ويتخذون الإجراءات الملائمة.

نية المعايير GLD.1.1 إلى GLD.1.6

لا يهمّ مناصب هيكل الحاكمية أو مواقعها. فما يهم هو المسؤوليات التي يجب الاضطلاع بها لكي يكون للمؤسسة قيادة واضحة تعمل بكفاءة، وتقدّم خدمات رعاية صحية نوعية. وتكون هذه المسؤوليات على مستوى الموافقة بالدرجة الأولى وتشمل

- الموافقة على رسالة المؤسسة (انظر أيضاً "بيان الرسالة" في المسرد و acc.1، العنصر المقيس 2)
- الموافقة (أو تحديد سلطة الموافقة عندما تفوض على مختلف خطط المؤسسة الاستراتيجية والإدارية والسياسات والإجراءات اللازمة للتسيير اليومي للمؤسسة
- الموافقة على مشاركة المؤسسة في تعليم الرعاية الصحية المهنية وفي الأبحاث والإشراف على جودة هذه البرامج
- الموافقة على تقديم الموازنة والموارد لتسيير المؤسسة
- الموافقة على المدير (المديرين) الأعلى للمؤسسة

إنّ تحديد الأفراد في مخطط تنظيمي واحد (انظر المسرد أيضاً) لا يضمن الاتصال الجيد والتعاون بين من يحكم المؤسسة ومن يديرها. وينطبق ذلك على وجه الخصوص عندما يكون هيكل الحاكمية منفصلاً عن المؤسسة، مثل مالك بعيد أو سلطة صحية إقليمية. وهكذا فإنّ المسؤولين عن الحاكمية يضعون آلية للتواصل والتعاون مع مديري المؤسسة لتحقيق رسالتها وخططها.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1.1

- ☐ 1. موافقة المسؤولين عن الحاكمية على رسالة المؤسسة.
- ☐ 2. ضمان المسؤولين عن الحاكمية المراجعة الدورية لرسالة المؤسسة.
- ☐ 3. إذاعة المسؤولين عن الحاكمية لرسالة المؤسسة على الملأ.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1.2

- ☐ 1. موافقة المسؤولين عن الحاكمية على الخطط الاستراتيجية والإدارية للمؤسسة والسياسات والإجراءات التشغيلية.
- ☐ 2. أن تحدّد السياسات والإجراءات متى تفوّض سلطة الموافقة.
- ☐ 3. موافقة المسؤولين عن الحاكمية على استراتيجيات المؤسسة وبرامجها ذات الصلة بتعليم الرعاية الصحية المهنية والأبحاث ثم الإشراف على جودة هذه البرامج.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1.3

- ☐ 1. موافقة المسؤولين عن الحاكمية على رأسمال المؤسسة وموازنتها التشغيلية.
- ☐ 2. تخصيص المسؤولين عن الحاكمية الموارد المطلوبة للوفاء برسالة المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1.4

- ☐ 1. موافقة المسؤولين عن الحاكمية على تعيين المدير الأعلى للمؤسسة.
- ☐ 2. أن يقيّم المسؤولون عن الحاكمية أداء المدير الأعلى للمؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1.5

- ☐ 1. استخدام المسؤولين عن الحاكمية الآليات التي تقيم اتصالاً بين الحاكمية والمديرين وتدعمه.
- ☐ 2. استخدام المسؤولين عن الحاكمية الآليات التي تقيم التعاون بين الحاكمية والمديرين وتدعمه.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.1.6

- ☐ 1. موافقة المسؤولين عن الحاكمية على خطة المؤسسة للجودة وسلامة المرضى (انظر أيضاً QPS.1، النية)
- ☐ 2. أن يتلقى المسؤولون عن الحاكمية بشكل منتظم تقارير عن الجودة وسلامة المرضى والتعامل معها (انظر أيضاً QPS.1.4، العنصر المقيس 2).

قيادة المؤسسة

المعيار

GLD.2 يكون أحد المديرين الكبار مسؤولاً عن إدارة المؤسسة والامتثال للقوانين والأنظمة المطبقة.

نية المعيار GLD.2

القيادة الفعالة ضرورية لكي تتمكّن مؤسسة الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) من العمل بكفاءة والوفاء برسالتها. والقيادة هي ما يقدّمه الأفراد معاً وبشكل فردي إلى المؤسسة ويمكن أن يضطلع بها أي عدد من الأشخاص.

يكون المدير الأعلى مسؤولاً عن المؤسسة بأكملها، وعملياتها اليومية. ويشمل ذلك شراء الإمدادات الضرورية وتخزينها، وصيانة المرافق، والإدارة المالية، وإدارة الجودة، وسواها من المسؤوليات. ويكون لدى الشخص الذي تختاره الهيئة الحاكمة أو تعيّنه لتنفيذ المهام التعليم والخبرة اللازمين للقيام بها.

يتعاون المدير الأعلى مع مديري المؤسسة لتحديد رسالتها وتخطيط السياسات والإجراءات والخدمات السريرية ذات الصلة بالمهمة. وعندما توافق الهيئة الحاكمة على ذلك، يكون المدير الأعلى مسؤولاً عن تنفيذ كل السياسات والإجراءات وضمان امتثال العاملين في المؤسسة للسياسات.

يكون المدير الأعلى للمؤسسة مسؤولاً عن

- الامتثال للقانون والنظام المطبق
- الردّ على أي تقارير ترد من الهيئات التفتيشية أو التنظيمية
- الآليات التي تدير الموارد البشرية والمالية وسواها ومراقبتها

العناصر المقيسة للمعيار GLD.2

- ☐ 1. يدير المدير الأعلى عمليات المؤسسة اليومية.
- ☐ 2. يتحلّى المدير الأعلى بالتعليم والخبرة اللذين يمكّنانه من الاضطلاع بمسؤولياته.
- ☐ 3. يقترح المدير الأعلى السياسات على الهيئة الحاكمة.
- ☐ 4. يضمن المدير الأعلى الامتثال للسياسات المقرّة.
- ☐ 5. يضمن المدير الأعلى الامتثال للقانون والنظام المطبّقين (انظر أيضاً ACC.6، العنصران المقيسان 1 و2).
- ☐ 6. يردّ المدير الأعلى على أي تقارير ترد من الهيئات التفتيشية أو التنظيمية.
- ☐ 7. يدير المدير الأعلى الموارد البشرية والمالية وسواها (انظر أيضاً MMU.2.2، العنصر المقيس 1).

المعيار

GLD.3 يحدّد قادة المؤسسة ويكونون مسؤولين بشكل جماعي عن تحديد رسالة المؤسسة ووضع الخطط والسياسات اللازمة للوفاء بالرسالة.

نية المعيار GLD.3

ينشأ قادة المؤسسة من العديد من المصادر. تسمي الهيئة الحاكمة المدير الأعلى. وربما يسمي المدير الأعلى مديرين آخرين. وقد يكون للقادة مناصب رسمية مثل المدير الطبي أو مدير التمريض، أو يعرفون بصورة غير رسمية بسبب أقدميتهم، أو وضعهم، أو مساهمتهم في المؤسسة. ومن المهم أن يكون كل قادة المؤسسة معروفين وأن يشاركوا في عملية تحديد رسالة المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3

- ☐ 1. تحديد قادة المؤسسة بطريقة رسمية أو غير رسمية.

☐ 2. أن يكون القادة مسؤولين جماعياً عن تحديد رسالة المؤسسة.
☐ 3. أن يكون القادة مسؤولين جماعياً عن وضع السياسات والإجراءات اللازمة لتنفيذ المهمة.
☐ 4. أن يعمل القادة بشكل تعاوني لتنفيذ رسالة المؤسسة وضمان اتباع السياسات والإجراءات.

المعيار

GLD.3.1 يخطط قادة المؤسسة مع قادة المجتمع وقادة مؤسسات أخرى لتلبية احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع.

نية المعيار GLD.3.1

تعكس رسالة المؤسسة احتياجات السكان في المجتمع. وعلى نحو ذلك، تستمدّ المؤسسات التي يحال إليها وتقدّم رعاية خاصة من احتياجات المرضى ضمن نطاق جغرافية كبيرة أو سياسية.

تتغيّر عادة احتياجات المرضى والمجتمعات بمرور الوقت، ومن ثم على مؤسسات الرعاية الصحية أن تشرك مجتمعاتها في التخطيط الاستراتيجي والتشغيلي للمؤسسة. وتقوم المؤسسات بذلك بطلب آراء الأفراد أو الجماعات ومدخلاتهم من خلال المجموعات الاستشارية أو الفرق الخاصة مثلاً.

وهكذا من المهم أن يلتقي قادة مؤسسة الرعاية الصحية مع قادة المجتمع المعروفين وقادة المؤسسات الأخرى في المجتمع ويضعوا الخطط معاً. يخطط القادة لمجتمع معافى ويقروا بمسؤوليتهم تجاه المجتمع وتأثيرهم عليه، حتى في غياب مثل هذا التخطيط (انظر أيضاً MCI.1.1، العنصر المقيس 3).

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3.1

☐ 1. أن يخطط قادة المؤسسة مع قادة المجتمع المعروفين.
☐ 2. أن يخطط قادة المؤسسة مع قادة مؤسسات أخرى تقدم الرعاية في المجتمع (انظر أيضاً PFE.3، العنصران المقيسان 2 و3).
☐ 3. سعي قادة المؤسسة إلى الحصول على مدخلات من الأفراد أو المجموعات المعنية في مجتمعها كجزء من التخطيط الاستراتيجي والتشغيلي.
☐ 4. مشاركة المؤسسة في تعليم المجتمع عن تعزيز الصحة والوقاية من المرض.

المعيار

GLD.3.2 يحدّد القادة نوع الخدمات السريرية المطلوبة لتلبية احتياجات المرضى الذين تخدمهم المؤسسة ويخطّطون لها.

نية المعيار GLD.3.2

تعد خدمات رعاية المرضى وتصميم للاستجابة إلى احتياجات جماعة المرضى. وتصف خطط المؤسسة الرعاية والخدمات التي تقدّمها انسجاماً مع رسالتها. يحدّد قادة مختلف الأقسام والخدمات السريرية في المؤسسة ما هي الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية وسواها الضرورية للمجتمع. ويحدّد القادة أيضاً نطاق وشدّة مختلف الخدمات التي تقدّمها المؤسسة مباشرة أو بشكل غير مباشر.

تعكس الخدمات المخططة الاتجاه الاستراتيجي للمؤسسة ومنظور المرضى المعتنى بهم فيهم. وعندما تستخدم المؤسسة ما يعتبر تكنولوجيا و/أو عوامل صيدلانية "تجريبية" في إجراءات رعاية المريض، يكون هناك آلية لمراجعة مثل هذا الاستخدام وإقراره. ومن الضروري حدوث هذا الإقرار قبل الاستخدام في رعاية المريض. ويحدّد إذا كانت موافقة المريض الخاصة ضرورية.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3.2

☐ 1. أن تصف خطة المؤسسة الرعاية والخدمات المقدمة.
☐ 2. اتساق الرعاية والخدمات المقدّمة مع رسالة المؤسسة (انظر أيضاً ACC.1، العنصر المقيس 2).
☐ 3. أن يحدّد القادة نوع الرعاية والخدمات التي تقدّمها المؤسسة.

☐ 4. أن يحدّد القادة قبل استخدام الإجراءات والتكنولوجيات والعوامل الصيدلانية التي تعتبر تجريبية على المرضى آلية لمراجعتها وإقرارها.

المعيار

GLD.3.2.1 تستخدم المعدات والإمدادات والأدوية التي توصي بها مؤسسات مهنية أو مصادر مرجعية بديلة.

نية المعيار GLD.3.2.1

تخفض المخاطر في عمليات الرعاية السريرية كثيراً عند استخدام معدات ملائمة تعمل بشكل جيد لتقديم الخدمات المخططة. وينطبق ذلك على وجه الخصوص في الأماكن السريرية مثل خدمات التخدير، والأشعة والتصوير التشخيصي، والقلب، وعلم الأورام الإشعاعي، وغيرها من الخدمات العالية المخاطر عندما تقدّم. وتكون الإمدادات والأدوية كافية وملائمة للاستخدام المخطط والأوضاع الطارئة. تدرك كل مؤسسة المعدات والإمدادات والأدوية المطلوبة أو المقترحة اللازمة لتقديم الخدمات المخططة إلى مرضاها. ويمكن أن تأتي الاقتراحات بشأن المعدات والإمدادات والأدوية من هيئة حكومية، أو مؤسسات وطنية أو دولية مهنية للتخدير، أو غيرها من المصادر المرجعية.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3.2.1

☐ 1. أن تحدّد المؤسسة توصيات المنظمات المهنية وغيرها من المصادر المرجعية فيما يتعلّق بالمعدات والإمدادات التي ستقدّمها في الخدمات المخططة (انظر أيضاً MMU.2.2، العنصر المقيس 1).

☐ 2. الحصول على المعدات والإمدادات والأدوية المقترحة بالشكل الملائم (انظر أيضاً MMU.2.2، العنصر المقيس 2).

☐ 3. استخدام المعدات والإمدادات والأدوية المقترحة (انظر أيضاً ASC.3، النية وASC.3، العنصر المقيس 1).

المعيار

GLD.3.3 يشرف القادة على عقود الخدمات السريرية أو الإدارية.

نية المعيار GLD.3.3

يكون لدى المؤسسة عادة خيار تقديم الخدمات السريرية والإدارية بشكل مباشر أو ترتيب مثل الخدمات من خلال الإحالة أو الاستشارة أو ترتيبات التعاقد أو ترتيبات أخرى. وقد تتراوح مثل هذه الخدمات من خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي إلى خدمات المحاسبة المالية. وفي كل الحالات، تشرف القيادة على مثل هذه التعاقدات أو غيرها من الترتيبات لضمان أن تلبي الخدمات ومراقبتها (انظر المسرد أيضاً) كجزء من أنشطة إدارة الجودة وتحسينها في المؤسسة. ويشرف قادة الأقسام والخدمات السريرية على التعاقدات السريرية بصورة أساسية، ويشرف القادة الإداريون على التعاقدات الإدارية.

يتلقى مديرو الأقسام تقارير عن الهيئات المتعاقدة (انظر أيضاً "الخدمات المتعاقد عليها" في المسرد) ويعملون بموجبها ويضمنون دمج التقارير آلية مراقبة الجودة في المؤسسة عند الاقتضاء (انظر أيضاً ACC.4.1، العنصر المقيس 2).

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3.3

☐ 1. وجود آلية لإشراف القيادة على العقود (انظر أيضاً AOP.5.8 وAPO.6.9).

☐ 2. تلبية الخدمات المتعاقد عليها وغيرها من الترتيبات احتياجات المريض.

☐ 3. مراقبة العقود والترتيبات الأخرى، بما يتلاءم مع طبيعة العقد، كجزء من برنامج إدارة الجودة وتحسينها في المؤسسة (انظر أيضاً AOP.5.8، العنصر المقيس 6).

☐ 4. تلقي مديري الأقسام تقارير عن جودة الهيئات المتعاقدة والتعامل معها (انظر أيضاً AOP.5.8، العنصر المقيس 5).

☐ 5. أن تحظى كل الخدمات التشخيصية والاستشارية والعلاجية التي يقدّمها الممارسون المستقلون خارج المؤسسة، مثل التطبيب البعادي وعلم الأشعة البعادي، بامتياز من المؤسسة لتقديم مثل هذه الخدمات.

المعيار

GLD.3.4 يكون القادة الطبيون والتمريضيون والقادة الآخرين ملمين بمفاهيم تحسين الجودة.

نية المعيار GLD.3.4

الغاية الأساسية لمؤسسة الرعاية الصحية هي تقديم الرعاية للمرضى والعمل على تحسين نتائج رعاية المرضى بمرور الوقت بتطبيق مبادئ تحسين الجودة. ومن ثم على القادة الطبيين والتمريضيين وسواهم في المؤسسة

- أن يكونوا مطلعين على مفاهيم وأساليب تحسين الجودة
- المشاركة الشخصية في آليات تحسين الجودة وسلامة المرضى
- ضمان أن تشمل المراقبة السريرية فرصاً لمراقبة الأداء المهني

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3.4

- ☐ 1. أن يكون القادة الطبيون والتمريضيون وسواهم من القادة مطلعين على مفاهيم وأساليب تحسين الجودة.
- ☐ 2. مشاركة القادة الطبيين والتمريضيون وسواهم من القادة في آليات تحسين الجودة وسلامة المرضى (انظر أيضاً QPS,1.1 ، العنصران المقيسان 1 و4).
- ☐ 3. مراقبة الأداء المهني كجزء من المراقبة السريرية (انظر أيضاً SQE.11 وSQE.14 وSQE.17).

المعيار

GLD.3.5 يضمن قادة المؤسسة وجود برامج منتظمة للاستخدام والمحافظة على المستخدمين والتطوير والتعليم المستمر لكل العاملين.

نية المعيار GLD.3.5

تتعلّق قدرة المؤسسة على رعاية المرضى بشكل مباشر بقدرتها على اجتذاب العاملين الأكفاء واستبقائهم. ويدرك القادة أنّ استبقاء الموظفين بدلاً من استخدامهم (انظر المسرد أيضاً) يحقّق الفائدة على المدى الطويل. ويرتفع استبقاء الموظفين عندما يدعم القادة تقدّمهم عبر التعليم المستمر. ومن ثم يتعاون القادة للتخطيط لبرامج وآليات منتظمة معنية بالاستخدام والاستبقاء والتطوير والتعليم المستمر لكل فئة من فئات العاملين وتنفيذها. وينظر برنامج الاستخدام في المؤسسة في التوجيهات مثل تلك الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والمجلس الدولي للممرضين والجمعية الطبية العالمية.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.3.5

- ☐ 1. وجود آلية معدّة لاستخدام العاملين (انظر أيضاً SQE.2 ، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. وجود آلية معدّة لاستبقاء الموظفين.
- ☐ 3. وجود آلية معدة للتطوير الشخصي للموظفين وتعليمهم المستمر (انظر أيضاً SQE.8).
- ☐ 4. أن يكون التخطيط تعاونياً ويشمل كل الأقسام والخدمات في المؤسسة.

المعيار

GLD.4 يضع القادة الطبيون والتمريضيون وسواهم من قادة الخدمات السريرية هيكلاً تنظيمياً فعّالاً لدعم مسؤولياتهم وسلطتهم وينفّذونه.

نية المعيار GLD.4

يضطلع القادة الطبيون والتمريضيون وغيرهم من قادة الخدمات السريرية بمسؤولية خاصة تجاه المرضى والمؤسسة. وهؤلاء القادة

- يدعمون الاتصالات الجيدة بين الاختصاصيين
- يخططون بشكل مشترك السياسات التي توجه تقديم الخدمات السريرية وينفّذونها

- يمارسون مهنهم بطريقة أخلاقية
- يشرفون على جودة رعاية المرضى

ينشئ قادة العاملين الطبيين والتمريضيين هيكلاً تنظيمياً فعالاً وملائماً لتنفيذ هذه المسؤوليات. ويمكن أن يقدّم الهيكل التنظيمي والآليات المرافقة المستخدمة لتنفيذ هذه المسؤوليات عاملين اختصاصيين يتكوّنون من أطباء وممرضين وسواهم أو هياكل عاملين طبيين وتمريضيين منفصلة. ويمكن أن يكون الهيكل المتقى منظماً جداً بالقرارات التنفيذية والقواعد والأنظمة أو يمكن أن يكونوا منظمين بطريقة غير رسمية. وعلى العموم، الهياكل المختارة

- تشمل كل العاملين السريريين المعنيين
- تنسجم مع ملكية المؤسسة ورسالتها وهيكليتها
- تلائم درجة تعقيد المؤسسة وحجمها والعاملين الاختصاصيين
- فعالة في النهوض بالمسؤوليات الواردة أعلاه

العناصر المقيسة للمعيار GLD.4

- ☐ 1. وجود هياكل تنظيمية فعالة يستخدمها القادة الطبيون والتمريضيون وسواهم للنهوض بمسؤولياتهم وسلطتهم.
- ☐ 2. تلاؤم الهياكل مع حجم المؤسسة ودرجة تعقيدها.
- ☐ 3. أن تدعم هياكل المؤسسة وآلياتها الاتصالات المهنية.
- ☐ 4. أن تدعم هياكل المؤسسة وآلياتها التخطيط السريري ووضع السياسات.
- ☐ 5. أن تدعم هياكل المؤسسة وآلياتها الإشراف على القضايا الأخلاقية المهنية.
- ☐ 6. أن تدعم هياكل المؤسسة وآلياتها الإشراف على جودة الخدمات السريرية.

إدارة الأقسام والخدمات

المعيار

GLD.5 يدير أحد الأشخاص المؤهّلين أو أكثر كل قسم أو خدمة في المؤسسة.

نية المعيار GLD.5

تكون الرعاية السريرية ونتائج المرضى والإدارة الإجمالية لمؤسسة الرعاية الصحية جيدة بقدر جودة الأنشطة السريرية والإدارية في كل قسم أو خدمة على حدة. ويتطلب أداء القسم أو الخدمة الجيد قيادة واضحة من شخص مؤهّل (انظر المسرد أيضاً). وقد تكون القيادة منفصلة في الأقسام أو الخدمات الكبيرة. وفي هذه الحالة، تحدّد مسؤولية كل دور خطياً (انظر أيضاً ACC.6.1، العنصر المقيس 1 ؛ وACS.2، العنصر المقيس 1 ؛ وAOP.9 المتعلّقة بإدارة خدمات المختبر السريري ؛ وAOP.6.7 المتصل بإدارة خدمات الأشعة والتصوير التشخيصي ؛ وMMU.1.1 المتصل بإدارة الصيدلية أو الخدمات الصيدلانية ؛ وACS.2 المتصل بإدارة خدمات التخدير).

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5

- ☐ 1. أن يدير شخص ذو تدريب وتعليم وخبرة ملائمة كل دائرة أو خدمة في المؤسسة (انظر أيضاً AOP.8، العنصر المقيس 1 ؛ وAOP.6.7، العنصر المقيس 1 ؛ وMMU.1.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. تحديد مسؤولية القادة خطياً عندما يضطلع أكثر من شخص بأعباء الإدارة.

المعياران

GLD.5.1 يقوم مديرو كل قسم سريري بتحديد الخدمات التي يقدّمها القسم خطياً.

GLD.5.1.1 تنسّق الخدمات وتتكامل داخل القسم أو الخدمة ومع الأقسام والخدمات الأخرى.

نية المعيارين GLD.5.1 و GLD.5.1.1

يتعاون مديرو الأقسام السريرية في المؤسسة لتحديد الصيغة المنتظمة لوثائق التخطيط الخاصة بالقسم ومحتواها. وتحدّد الأوراق التي يعدّها كل قسم سريري أهدافه بالإضافة إلى تعيين الخدمات الراهنة والمزمعة. وتعكس سياسات الأقسام وإجراءاتها أهداف القسم وخدماته بالإضافة إلى المعرفة والمهارات وتوافر العاملين المطلوبين لتقييم احتياجات المرضى وتلبيتها.

تنسّق الخدمات السريرية المقدّمة إلى المرضى وتتكامل ضمن كل قسم. على سبيل المثال، ثمة تكامل بين الخدمات الطبية والتمريضية. كما تنسق خدمات كل قسم أو خدمة وتتكامل مع الأقسام والخدمات الأخرى. ويتم تجنّب تكرّر الخدمات غير الضروري أو التخلّص منه للمحافظة على الموارد.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5.1

- ☐ 1. انتقاء مديري القسم أو الخدمة الصيغة المنتظمة لوثائق التخطيط ومحتواها واستخدامها.
- ☐ 2. أن تصف وثائق القسم أو الخدمة الخدمات الراهنة والمزمعة التي يقدّمها كل قسم أو خدمة.
- ☐ 3. أن توجّه سياسات وإجراءات كل قسم أو خدمة تقديم الخدمات المحددة.
- ☐ 4. أن تتعامل سياسات وإجراءات كل قسم أو خدمة مع معارف العاملين ومهاراتهم اللازمة لتقييم احتياجات المرضى وتلبيتها.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5.1.1

- ☐ 1. تنسيق الخدمات داخل كل قسم أو خدمة وتكاملها.
- ☐ 2. تنسيق الخدمات مع الأقسام والخدمات الأخرى وتكاملها معها.

المعيار

GLD.5.2 يوصي المديرون بالحيز والمعدات والعاملين وغير ذلك من الموارد اللازمة للقسم أو الخدمة.

نية المعيار GLD.5.2

يبلّغ قادة كل قسم المديرين الكبار في المؤسسة عن احتياجاتهم من الموارد البشرية وغيرها من الموارد. يساعد ذلك في ضمان توافر العاملين والحيز والمعدات والموارد الأخرى بالقدر الكافي لتلبية احتياجات المرضى في كل الأوقات. ومع أنّ المديرين يقدّمون توصيات فيما يتعلّق باحتياجاتهم من الموارد البشرية وغيرها، فإنّ هذه الاحتياجات تتغيّر أو لا تلبّى بالكامل. ومن ثم يوجد لدى المديرين آلية للاستجابة إلى النقص في الموارد وضمان الرعاية السليمة والفعالة لكل المرضى.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5.2

- ☐ 1. أن يوصي المديرون بالحيّز اللازم لتقديم الخدمات.
- ☐ 2. أن يوصي المديرون بالمعدات اللازمة لتقديم الخدمات.
- ☐ 3. أن يوصي المديرون بعدد ومؤهّلات العاملين اللازمين لتقديم الخدمات.
- ☐ 4. أن يوصي المديرون بالموارد الخاصة الأخرى اللازمة لتقديم الخدمات.
- ☐ 5. وجود آلية للاستجابة للنقص في الموارد.

المعيار

GLD.5.3 يوصي المديرون بمعايير انتقاء العاملين المحترفين في القسم أو الخدمة ويختارون الأفراد الذين يلبون هذه المعايير أو يقترحونهم.

نية المعيار GLD.5.3

ينظر المديرون في الخدمات التي يقدّمها القسم أو الخدمة أو ينوي تقديمها والتعليم والمهارات والمعارف والخبرة التي يحتاج إليها العاملون الاختصاصيون لتقديم تلك الخدمات. ويضع المديرون المعايير التي تعكس هذا الاعتبار ثم ينتقون العاملين. وقد يعمل المديرون أيضاً مع قسم الموارد البشرية وغيره من الأقسام في انتقاء الآلية استناداً إلى توصية المدير.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5.3

- ☐ 1. أن يضع المديرون المعايير المتعلّقة بتعليم العاملين الاختصاصيين في القسم ومهاراتهم ومعارفهم وخبرتهم.
- ☐ 2. استخدام المدير هذه المعايير في انتقاء العاملين الاختصاصيين أو اقتراحهم.

المعيار

GLD.5.4 يقدّم المديرون التوجيه والتدريب لكل العاملين في القسم أو الخدمة بما يتلاءم مع مسؤولياتهم.

نية المعيار GLD.5.4

يضمن المديرون أن يفهم كل العاملين في الدائرة مسؤولياتهم ويضعون التوجيه والتدريب للموظفين الجدد. ويشمل التوجيه رسالة المؤسسة، ورسالة القسم أو الخدمة، ونطاق الخدمات (انظر المسرد أيضاً) المقدّمة، والسياسات والإجراءات ذات الصلة بتقديم الخدمات. على سبيل المثال، يدرك كل العاملين إجراءات الوقاية من العدوى والسيطرة عليها داخل المؤسسة وداخل القسم أو الخدمة. وعند تنفيذ سياسات أو إجراءات جديدة أو منقّحة، يدرّب العاملون عليها بشكل ملائم (انظر أيضاً SQE.7 ؛ وAOP.5.1، العنصر المقيس 5 ؛ وAOP.6.2، العنصر المقيس 6 ؛ وPCI.11، العنصر المقيس 4).

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5.4

- ☐ 1. أن يضع المدير برنامج توجيه العاملين في القسم (انظر أيضاً SQE.7).
- ☐ 2. أن يكمل كل العاملين في القسم البرنامج (انظر أيضاً SQE.7).

المعيار

GLD.5.5 يراقب المديرون أداء القسم أو الخدمة بالإضافة إلى أداء العاملين.

نية المعيار GLD.5.5

من أهم مسؤوليات مدير القسم أو الخدمة تنفيذ برنامج المؤسسة لتحسين الجودة وسلامة المرضى في القسم. ويتأثّر انتقاء مستوى برامج المراقبة في القسم أو الخدمة بما يلي:

أ. أولويات المراقبة والتحسين في المؤسسة المتعلّقة بالقسم أو الخدمة.
ب. تقييم الخدمات المقدّمة من مصادر تتصل بالدائرة أو الخدمة.
ج. الحاجة إلى فهم كفاءة (انظر المسرد أيضاً) الخدمات المقدّمة أو مردوديتها.
د. تقديم خدمات المراقبة بموجب ترتيبات تعاقدية (انظر أيضاً GLD.3.3).

يكون المدير مسؤولاً عن ضمان أن توافر أنشطة المراقبة الفرصة لتقييم العاملين بالإضافة إلى آليات الرعاية. ومن ثم تشمل المراقبة كل الخدمات المقدّمة بمرور الوقت. وتعد بيانات ومعلومات المراقبة مهمة لمساعي تحسين القسم أو الخدمة، لكنها مهمة أيضاً لبرنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى في المؤسسة (انظر أيضاً ASC.2، العنصر المقيس 7).

العناصر المقيسة للمعيار GLD.5.5

- ☐ 1. أن ينفّذ المديرون برامج المراقبة التي تتعامل مع الخدمات المقدمة في القسم أو الخدمة بما في ذلك المعايير (أ) إلى (د) في إعلان النوايا بما يتلاءم مع القسم أو الخدمة.
- ☐ 2. أن ينفّذ المديرون برامج المراقبة المتعلقة بأداء العاملين في النهوض بمسؤولياتهم في القسم أو الدائرة.
- ☐ 3. أن ينفّذ المديرون برامج مراقبة الجودة عندما يطلب ذلك.
- ☐ 4. أن تقدّم البيانات والمعلومات اللازمة لإدارة الرعاية والخدمات وتحسينها إلى مديري الأقسام أو الخدمات.
- ☐ 5. التبليغ عن أنشطة مراقبة الجودة وتحسينها بشكل دوري إلى آلية الإشراف على المؤسسة.

أخلاق المؤسسة

المعايير

GLD.6 تضع المؤسسة إطاراً للإدارة الأخلاقية التي تضمن أن تقدّم الرعاية إلى المريض ضمن المعايير العملية والمالية والأخلاقية والقانونية وتحمي المرضى وحقوقهم.

GLD.6.1 يشمل إطار المؤسسة للإدارة الأخلاقية التسويق وإدخال المرضى، وإحالتهم، وتخريجهم، والكشف عن الجهات المسؤولة وأي تضاربات في العمل والتخصص قد لا تكون في مصلحة المريض.

GLD.6.2 يدعم إطار المؤسسة للإدارة الأخلاقية اتخاذ القرارات الأخلاقية في الرعاية السريرية.

نية المعايير GLD.6 إلى GLD.6.2

تكون مؤسسة الرعاية الصحية مسؤولة أخلاقياً وقانونياً أمام مرضاها ومجتمعها. ويدرك القادة هذه المسؤوليات إذ إنّها تنطبق على عمل المؤسسة وأنشطتها السريرية. يضع القادة وثائق توجيهية تقدّم إطاراً متسقاً للاضطلاع بهذه المسؤوليات. وتعمل المؤسسة ضمن هذا الإطار من أجل

- كشف الملكية وأي تضارب للمصالح
- عرض خدماتها المقدّمة إلى المرضى بنزاهة
- تقديم سياسات واضحة للإدخال والإحالة (انظر المسرد أيضاً) والتخريج
- فوترة خدماتها بدقة
- حل التعارضات عندما يمكن أن تقوّض الحوافز المالية وترتيبات الدفع رعاية المريض

يدعم الإطار أيضاً العاملين الاختصاصيين والمرضى في المؤسسة عندما يواجهون بمعضلات أخلاقية في رعاية المرضى مثل قرارات التبرع بالأعضاء والزراعة، والاختلاف بين المرضى وعائلاتهم، وبين المرضى ومقدّمي الرعاية لهم، فيما يتعلّق بقرارات الرعاية والاختلافات بين الاختصاصات. ويكون هذا الدعم متاحاً بسهولة.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.6

☐ 1. أن يضع قادة المؤسسة المعايير الأخلاقية والقانونية التي تحمي المرضى وحقوقهم.

☐ 2. أن يضع القادة إطاراً للإدارة الأخلاقية للمؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.6.1

☐ 1. أن تكشف المؤسسة عن ملكيتها (انظر أيضاً AOP.5.1، العنصر المقيس 5 وAOP.6).

☐ 2. أن تعرض المؤسسة خدماتها على المرضى بنزاهة.

☐ 3. أن تقدّم المؤسسة سياسات واضحة للإدخال والإحالة والتخريج (انظر أيضاً ACC.1.1، العنصر المقيس 2 ؛ وACC.3، العنصر المقيس 2 ؛ وACC.4، النصر المقيس 4).

☐ 4. أن تقدّم المؤسسة فواتير دقيقة لخدماتها.

☐ 5. أن تكشف المؤسسة عن التعارضات وتحلّها عندما تقوّض الحوافز المالية وترتيبات الدفع رعاية المريض.

العناصر المقيسة للمعيار GLD.6.2

☐ 1. أن يدعم الإطار الاخلاقي الإداري للمؤسسة من يواجه معضلات أخلاقية في رعاية المرضى.

☐ 2. توافر الدعم بسهولة.

إدارة المرفق والسلامة (FMS)

نظرة عامة

تعمل مؤسسات الرعاية الصحية لتوفير مرفق وظيفي سالم وداعم للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار. ولتحقيق هذا الهدف، يجب إدارة المباني والمعدات الطبية وسواها بفعالية. ويجب أن تسعى الإدارة على وجه الخصوص إلى

- خفض المخاطر والسيطرة عليها
- تجنّب الحوادث والإصابات
- المحافظة على ظروف سليمة

وتشمل الإدارة الفعالة التخطيط والتعليم والمراقبة كما يلي:

- يخطط القادة للمكان والمعدات والموارد اللازمة بسلام ويدعمون بفعالية الخدمات السريرية المقدّمة
- يعلّم كل العاملين عن المرفق وكيف تخفض المخاطر وكيف تراقب الحالات التي تشكّل خطراً ويبلّغ عنها
- تستخدم معايير الأداء لمراقبة الأنظمة المهمة وتحديد التحسينات اللازمة

توضع الخطط المكتوبة وتنظر في المجالات الستة التالية عندما تكون ملائمة للمرفق وأنشطة المؤسسة:

1. السلامة والأمن
   - السلامة – درجة عدم تشكيل مباني المؤسسة وأراضيها والمعدات مخاطر على المرضى أو العاملين أو الزوار.
   - الأمن – الحماية من الفقدان أو التلف أو العبث أو الوصول أو الاستخدام غير المخوّل.
2. المواد الخطيرة – التحكّم بتداول المواد الإشعاعية وغيرها من المواد وتخزينها واستعمالها، والتخلّص من النفايات الخطيرة بسلام.
3. إدارة الطوارئ – تكون الاستجابة للأوبئة والكوارث والحالات الطارئة مخططة وفعالة.
4. السلامة من الحريق – تحمى الممتلكات وشاغلوها من النار والدخان.
5. المعدات الطبية – تنتقى المعدات وتصان وتستخدم بطريقة تخفض المخاطر (انظر المسرد أيضاً).
6. أنظمة الخدمات العامة – صيانة النظم الكهربائية والمائية وسواها من الخدمات العامة لتقليل مخاطر الأعطال التشغيلية.

تحدّد القوانين والأنظمة والمعاينات التي تقوم بها السلطات المحلية إلى حدّ كبير كيفية تصميم المرفق واستخدامه وصيانته. وعلى جميع المؤسسات، بصرف النظر عن حجمها ومواردها، الامتثال لهذه المتطلّبات كجزء من مسؤولياتها تجاه المرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار.

تبدأ المؤسسات بالامتثال للقوانين والأنظمة. وبمرور الوقت، تصبح أكثر اطلاعاً على تفاصيل المباني التي تشغلها. فتبادر إلى جمع البيانات وتنفيذ الاستراتيجيات لخفض المخاطر وتعزيز بيئة رعاية المرضى.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

FMS.1 تمتثل المؤسسة للقوانين والأنظمة ذات الصلة ومتطلّبات معاينة المرفق.

FMS.2 تضع المؤسسة وتصون خططاً مكتوبة تصف آليات إدارة المخاطر التي تواجه المرضى وعائلاتهم والزوار والعاملين.

FMS.3 يشرف واحد أو أكثر من الأشخاص المؤهّلين على التخطيط لبرنامج إدارة المخاطر في بيئة الرعاية وتنفيذه.

FMS.3.1 يوفّر برنامج المراقبة البيانات عن الحوادث والإصابات وغيرها من الأحداث ما يدعم التخطيط ويؤدي إلى مزيد من تخفيض المخاطر.

FMS.4 تخطط المؤسسة لبرنامج يوفّر بيئة مادية سالمة وآمنة وتنفذّه.

FMS.4.1 تعاين المؤسسة كل مباني رعاية المرضى ويكون لديها خطة لخفض مخاطر الحوادث وتوفير مبنى سالم للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار.

FMS.4.2 تخطط المؤسسة وتضع موازنة لرفع مستوى النظم الرئيسية أو المباني أو المكوّنات أو استبدالها استناداً إلى معاينة المرفق وانسجاماً مع القانون والنظام.

FMS.5 توجد خطة لدى المؤسسة لجرد المواد الخطيرة وتداولها واستعمالها والسيطرة على المواد الخطيرة ونفاياتها والتخلّص منها.

FMS.6 تضع المؤسسة خطة لإدارة الحالات الطارئة وتنفّذها وبرنامجاً للاستجابة إلى الحالات الطارئة والأوبئة والكوارث الطبيعية وغيرها في المجتمع.

FMS.6.1 تختبر المؤسسة استجاباتها للحالات الطارئة والأوبئة والكوارث.

FMS.7 تعد المؤسسة برنامجاً لتضمن سلامة كل شاغلي المرفق من النار أو الدخان أو الحالات الطارئة الأخرى وتنفذه.

FMS.7.1 تشمل الخطة الوقاية من الحريق أو الدخان أو الحالات الطارئة الأخرى في المرفق وكشفها مبكّراً وإخمادها وخفضها والخروج منها بسلام.

FMS.7.2 تختبر المؤسسة بانتظام خطة السلامة من الحريق والدخان، بما في ذلك الأجهزة المتصلة بالكشف المبكّر والإخماد وتوثيق النتائج.

FMS.7.3 تضع المؤسسة خطة لتقييد تدخين العاملين والمرضى في أماكن معينة خارج أماكن المرضى من المرفق وتنفيذها.

FMS.8 تخطط المؤسسة وتنفذ برنامجاً لمعاينة المعدات الطبية واختبارها وصيانتها وتوثيق النتائج.

FMS.8.1 تجمع المؤسسة بيانات المراقبة لبرنامج إدارة المعدات الطبية. وتستخدم البيانات لوضع خطة لاحتياجات المؤسسة على المدى الطويل لرفع مستوى المعدات أو استبدالها.

FMS.8.2 يوجد في المؤسسة نظام استرداد للمنتجات/المعدات.

FMS.9 تتوافر مياه الشرب والطاقة الكهربائية 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع، من خلال المصادر المعتادة أو البديلة، لتلبية الاحتياجات الضرورية لرعاية المرضى.

FMS.9.1 يوجد لدى المؤسسة آليات طارئة لحماية شاغلي المرفق عند انقطاع الماء أو الكهرباء أو التلوّث أو التعطّل.

FMS.9.2 تختبر المؤسسة نظم المياه والكهرباء الطارئة بانتظام بما يتلاءم مع النظام وتوثيق النتائج.

FMS.10 معاينة نظم الكهرباء والماء والنفايات والتهوئة والغاز الطبي وغيرها من النظم الرئيسية بانتظام وصيانتها وتحسينها عند الاقتضاء.

FMS.10.1 يراقب الأشخاص أو السلطات المعنيين جودة الماء بانتظام.

FMS.10.2 تجمع المؤسسة بيانات مراقبة برنامج إدارة نظام الخدمات العامة. وتستخدم هذه البيانات لتخطيط احتياجات المؤسسة على المدى الطويل لرفع مستوى نظام الخدمات العامة أو استبداله.

FMS.11 تعلّم المؤسسة وتدرّب كل العاملين عن أدوارهم في توفير مرفق رعاية سالم وفعال.

FMS.11.1 يكون العاملون مدرّبين ومطلعين على أدوارهم في خطط المؤسسة للسلامة من الحريق والأمن والمواد الخطيرة والحالات الطارئة.

FMS,11.2 يدرّب العاملون لتشغيل المعدات الطبية وأنظمة الخدمات العامة وصيانتها.

FMS.11.3 تختبر المؤسسة بانتظام معرفة العاملين من خلال الإيضاح والحوادث الزائفة والطرق المناسبة الأخرى. ويوثّق الاختبار بعد ذلك.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

القيادة والتخطيط

المعيار

FMS.1 تمتثل المؤسسة للقوانين والأنظمة ذات الصلة ومتطلّبات معاينة المرفق.

نية المعيار FMS.1

الاعتبار الأول لأي مرفق مادي هو القوانين والأنظمة وغيرها من المتطلبات ذات الصلة بالمرفق. وقد تختلف هذه المتطلّبات تبعاً لعمر المرفق وموقعه وعوامل أخرى. على سبيل المثال، لا تنطبق العديد من قوانين إنشاء المباني وقوانين السلامة من الحريق، مثل أنظمة الرشّ، إلا على الإنشاءات الجديدة.

يكون قادة المؤسسة، بمن فيهم الحاكمية (انظر المسرد أيضاً) والإدارة العليا، مسؤولين عن:

- معرفة ما هي القوانين والأنظمة وغيرها من المتطلّبات الوطنية والمحلية التي تنطبق على مرافق المؤسسة
- تطبيق الاحتياجات المناسبة أو المتطلّبات البديلة
- التخطيط ووضع الموازنة لرفع المستوى الضروري أو الاستبدال كما تحدّد بيانات المراقبة (انظر المسرد أيضاً) أو لتلبية المتطلّبات المناسبة، ثم إظهار التقدّم نحو تلبية الخطط

عندما يذكر أنّ المؤسسة لا تلبي المتطلّبات، يتحمّل القادة المسؤولية عن التخطيط لتلبية المتطلّبات في الإطار الزمني الموصوف.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.1

- ☐ 1. معرفة قادة المؤسسة ما هي القوانين والأنظمة وغيرها من المتطلّبات التي تنطبق على مرافق المؤسسة.
- ☐ 2. أن ينفذ القادة المتطلّبات التي تنطبق عل المرافق أو البدائل الموافق عليها.
- ☐ 3. أن يضمن القادة أن تلبي المؤسسة شروط تقارير معاينة المرفق أو التنويهات.

المعيار

FMS.2 تضع المؤسسة وتصون خطة أوخططاً مكتوبة تصف آليات إدارة المخاطر التي تواجه المرضى وعائلاتهم والزوار والعاملين.

نية المعيار FMS.2

ثمة حاجة إلى التخطيط لإدارة المخاطر داخل البيئة التي يعالج فيها المرضى ويعمل العاملون. تضع المؤسسة خطة رئيسية واحدة أو خططاً فردية تشمل بما يتناسب مع المؤسسة:

أ. السلامة والأمن

- السلامة – درجة عدم تشكيل مباني المؤسسة وأراضيها والمعدات مخاطر على المرضى أو العاملين أو الزوار.
- الأمن – الحماية من الفقدان أو التلف أو العبث أو الوصول أو الاستخدام غير المخوّل.

ب. المواد الخطيرة – التحكّم بتداول المواد الإشعاعية وغيرها من المواد وتخزينها واستعمالها، والتخلّص من النفايات الخطيرة بسلام.

ج. إدارة الطوارئ – تكون الاستجابة للأوبئة والكوارث والحالات الطارئة مخططة وفعالة.

د. السلامة من الحريق – تحمى الممتلكات وشاغلوها من النار والدخان.

هـ. المعدات الطبية – تنتقى المعدات وتصان وتستخدم بطريقة تخفض المخاطر (انظر المسرد أيضاً).

و. أنظمة الخدمات العامة – صيانة النظم الكهربائية والمائية وسواها من الخدمات العامة لتقليل مخاطر الأعطال التشغيلية.

تكون مثل هذه الخطط مكتوبة ومحدّثة بحيث تعكس الأحوال الحاضرة أو الحديثة داخل بيئة المؤسسة. وتوجد آلية لمراجعتها وتحديثها.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.2

- ☐ 1. وجود خطط مكتوبة تتعامل مع مجالات الخطر (أ) إلى (و) في إعلان النوايا.
- ☐ 2. أن تكون الخطط راهنة أو حديثة.
- ☐ 3. تنفيذ الخطط بشكل تام.
- ☐ 4. وجود آلية لدى المؤسسة للمراجعة الدورية للخطط سنوياً وتحديثها.

المعياران

FMS.3 يشرف واحد أو أكثر من الأشخاص المؤهّلين على التخطيط لبرنامج إدارة المخاطر في بيئة الرعاية وتنفيذه.

FMS.3.1 يوفّر برنامج المراقبة البيانات عن الحوادث والإصابات وغيرها من الأحداث ما يدعم التخطيط ويؤدي إلى مزيد من تخفيض المخاطر.

نية المعيارين FMS.3 وFMS.3.1

يتطلب برنامج إدارة مخاطر البيئة/المرفق (انظر المسرد أيضاً) في المؤسسات الصغيرة أو الكبيرة تعيين شخص واحد أو أكثر للقيادة والإشراف. في المؤسسة الصغيرة، قد يعيّن شخص واحد غير متفرغ. أما في المؤسسة الكبيرة، فقد يعيّن العديد من المهندسين أو غيرهم من الأشخاص المدرّبين تدريباً خاصاً. أياً تكن المهام، يجب إدارة كل أوجه البرنامج بفعالية وبطريقة متسقة ومتواصلة. ويشمل الإشراف على المبنى

أ. التخطيط لكل أوجه البرنامج.

ب. تنفيذ البرنامج.

ج. تعليم العاملين.

د. اختبار البرنامج ومراقبته

هـ المراجعة والتنقيح الدوري للبرنامج.

و. التقارير السنوية إلى الهيئة الحاكمة عن فعالية البرنامج.

ز. تقديم التنظيم والإدارة المتسقة والمتواصلة.

قد تشكّل لجنة لمخاطر البيئة/المرفق، عندما يناسب ذلك حجم المؤسسة ودرجة تعقيدها، وتضطلع بمسؤولية الإشراف على البرنامج واستمراريته.

وتقدّم مراقبة كل أوجه البرنامج بيانات قيمة لتحسين البرنامج وخفض المخاطر في المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.3

- ☐ 1. يكلّف شخص واحد أو أكثر بالإشراف على البرنامج وإدارته.
- ☐ 2. يكون هذا الشخص مؤهّلاً بالخبرة أو التدريب.
- ☐ 3. يخطّط هذا الشخص وينفّذ البرنامج بما في ذلك العناصر (أ) إلى (ز) من إعلان النوايا.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.3.1

- ☐ 1. وجود برنامج لمراقبة كل أوجه برنامج إدارة مخاطر البيئة/المرفق.
- ☐ 2. استخدام بيانات المراقبة لتحسين البرنامج.

السلامة والأمن

المعايير

FMS.4 تخطط المؤسسة لبرنامج يوفّر بيئة مادية سالمة وآمنة وتنّفذه.

FMS.4.1 تعاين المستشفى كل مباني رعاية المرضى ويكون لديها خطة لخفض مخاطر الحوادث وتوفير مبنى سالم للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار.

FMS.4.2 تخطط المؤسسة وتضع موازنة لرفع مستوى النظم الرئيسية أو المباني أو المكوّنات أو استبدالها استناداً إلى معاينة المرفق وانسجاماً مع القانون والنظام.

نية المعايير FMS.4 إلى FMS.4.2

يستخدم قادة المؤسسة المصادر المتاحة بشكل جيد في توفير مرفق سالم وفعال وكفء (انظر أيضاً AOP.5.1، العنصر المقيس 1 وAOP.6.2، العنصر المقيس 1). تكون الوقاية والتخطيط ضروريين لإقامة مرفق رعاية سالم وداعم للمرضى. وللتخطيط بفعالية، يجب على المؤسسة أن تعي كل المخاطر الحاضرة في المرفق. ويشمل ذلك السلامة فضلاً عن المخاطر الأمنية. والهدف هو الوقاية من الحوادث والإصابات، والمحافظة على الشروط السالمة والآمنة للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار، وخفض المخاطر والسيطرة عليها. ويكون ذلك مهماً على وجه الخصوص في أثناء فترات الإنشاء أو التجديد. ولضمان الأمن، يحدّد كل العاملين والزوار والبائعين وغيرهم في المؤسسة ويمنحون شارات مؤقتة أو دائمة، وتؤمّن كل الأماكن التي يجب أن تكون آمنة، مثل حضانة الوليدين، وتراقب.

يمكن القيام بذلك بالمعاينة الشاملة للمرفق، وملاحظة كل الأشياء من أي أداة حادة وأثاث مكسور يمكن أن يجرح إلى المواقع التي لا يوجد فيها مهرب من الحريق أو منطقة آمنة لا يمكن مراقبتها. توثّق هذه المعاينة الدورية وتساعد المؤسسة في التخطيط وتنفيذ التحسينات وضع الموازنة لرفع مستوى المرفق على الأمد البعيد أو استبداله.

وبفهم المخاطر الحاضرة في المباني للمؤسسة، تستطيع المؤسسة وضع خطة مبادرة لخفض هذه المخاطر على المرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار. وتشمل هذه الخطة السلامة والأمن.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.4

- ☐ 1. وجود برنامج لدى المؤسسة لتوفير المباني سالم وآمن.
- ☐ 2. أن يضمن البرنامج تحديد كل العاملين والزوار والبائعين ومراقبة كل مكامن الخطر الأمني والمحافظة على أمنها (انظر أيضاً AOP.5.2، العنصران المقيسان 1 و2 وAOP.6.2، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. أن يكون البرنامج فعالاً في الوقاية من الإصابات والمحافظة على الشروط السليمة للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 6، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. أن يشمل البرنامج السلامة والأمن في أوقات الإنشاء والتجديد.
- ☐ 5. أن يستخدم القادة الموارد تبعاً للخطط المقرّة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.4.1

- ☐ 1. أن يوجد لدى المؤسسة معاينة موثّقة وراهنة ودقيقة للمباني.
- ☐ 2. وجود خطة لدى المؤسسة لخفض مخاطر الحوادث تستند إلى المعاينة.
- ☐ 3. أن تحقّق المؤسسة تقدّماً في تنفيذ الخطة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.4.2

- ☐ 1. أن تخطط المؤسسة وتضع الموازنات لتلبية القوانين والأنظمة المطبقة وغيرها من المتطلّبات.
- ☐ 2. أن تخطط المؤسسة وتضع الموازنات لرفع مستوى الأنظمة أو المباني أو المكوّنات اللازمة لاستمرار تشغيل مرفق سالم وفعال أو استبدالها (انظر أيضاً ACC.6.1، العنصر المقيس 5).

المواد الخطيرة

المعيار

FMS.5 توجد خطة لدى المؤسسة لجرد المواد الخطيرة وتداولها واستعمالها والسيطرة على المواد الخطيرة ونفاياتها والتخلّص منها.

نية المعيار FMS.5

تحدّد المؤسسة المواد والنفايات الخطيرة وتسيطر عليها بسلامة (انظر أيضاً المسرد ؛ وAOP.5.1، العنصر المقيس 1 وAOP.6.2، العنصر المقيس 1) وفقاً للخطة. وتشمل مثل هذه المواد والنفايات المواد الكيميائية والعلاج الكيميائي، والمواد والنفايات الإشعاعية، والغازات والأبخرة الخطيرة، وغيرها من النفايات الطبية والمعدية المنظمة. وتوفّر الخطة آليات من أجل

- جرد المواد والنفايات الخطيرة
- تداول المواد الخطيرة وتخزينها واستخدامها
- الإفادة عن الاندلاقات والتعرّضات وغيرها من الحوادث
- التخلّص من النفايات الخطيرة بشكل سليم
- المعدات والإجراءات الوقائية السليمة في أثناء الاستخدام أو الاندلاق أو التعرّض
- التوثيق بما في ذلك أي تصاريح أو تراخيص أو متطلّبات تنظيمية أخرى
- التسمية الصحيحة للمواد والنفايات الخطيرة

العناصر المقيسة للمعيار FMS.5

☐ 1. أن تحدّد المؤسسة المواد والنفايات الخطيرة ويكون لديها لائحة راهنة بكل هذه المواد داخل المؤسسة (انظر أيضاً AOP.5.5، العنصر المقيس 1 وAOP.6.2، العنصر المقيس 4).

☐ 2. أن تشمل الخطة التداول والتخزين والاستخدام السليم (انظر أيضاً وAOP.5.1، العنصر المقيس 3 وAOP.6.2، العنصر المقيس 4).

☐ 3. أن تشمل الخطة الإفادة عن الاندلاقات والتعرّضات وغيرها من الحوادث والتحقيق فيها.

☐ 4. أن تشمل الخطة التداول والتخزين والاستخدام السليم للنفايات داخل المؤسسة والتخلص من النفايات الخطيرة بطريقة سليمة وقانونية (انظر أيضاً AOP.6.2، العنصر المقيس4).

☐ 5. أن تشمل المعدات والإجراءات الوقائية السليمة في أثناء الاستخدام أو الاندلاق أو التعرّض (انظر أيضاً AOP.5.1، العنصر المقيس 4 وAOP.6.2، العنصر المقيس 5).

☐ 6. تحدّد الخطة متطلبات التوثيق بما في ذلك أي تصاريح أو تراخيص أو متطلّبات تنظيمية أخرى.

☐ 7. تشمل الخطة تسمية المواد والنفايات الخطيرة (انظر أيضاً AOP.5.5، العنصر المقيس 5).

إدارة الحالات الطارئة

المعياران

FMS.6 تضع المؤسسة خطة لإدارة الحالات الطارئة وتنفّذها وبرنامجاً للاستجابة إلى الحالات الطارئة والأوبئة والكوارث الطبيعية وغيرها في المجتمع.

FMS.6.1 تختبر المؤسسة استجاباتها للحالات الطارئة والأوبئة والكوارث.

نية المعيارين FMS.6 و FMS.6.1

ربما تشمل الحالات الطارئة (انظر المسرد أيضاً) في المجتمع والأوبئة والكوارث المؤسسة بشكل مباشر، مثل الأضرار التي تلحق بأماكن رعاية المرضى نتيجة لزلزال، أو إنفلونزا تحول دون قدوم العاملين إلى العمل. للاستجابة إلى ذلك بفعالية، تضع المؤسسة خطة وبرنامجاً لإدارة مثل هذه الحالات الطارئة. وتوفّر الخطة آليات من أجل

أ. تحديد نوع المخاطر والتهديدات والحوادث واحتمال وقوعها وعواقبها.
ب. تحديد دور المؤسسة في أثناء الحدث، بما في ذلك مواقع الرعاية البديلة.
ج. استراتيجيات الاتصال الخاصة بالحوادث.
د. إدارة الموارد في أثناء الحوادث، بما في ذلك الموارد البديلة.
هـ. إدارة الأنشطة السريرية في أثناء الحدث، بما في ذلك مواقع الرعاية البديلة.
و. تحديد أدوار العاملين ومسؤولياتهم وتعيينها في أثناء الحدث.

تختبر الخطة مرة في السنة على الأقل كجزء من خطة للمجتمع بأكمله أو خطة المؤسسة نفسها. ويكون الاختبار ملائماً للحوادث المحتملة. وإذا شهدت المؤسسة كارثة فعلية، ونشّطت الخطة وأعدت تقريراً عنها لاحقاً، يمثّل هذا الوضع مكافئاً للاختبار السنوي.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.6

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة الكوارث الداخلية والخارجية الرئيسية وحوادث الأوبئة الكبرى التي يشكل وقوعها مخاطر كبيرة.
- ☐ 2. أن تخطط المؤسسة استجابتها للكوارث المحتملة بما في ذلك البنود (أ) إلى (و) في النية.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.6.1

- ☐ 1. اختبار الخطة سنوياً.
- ☐ 2. مشاركة العاملين في اختبار واحد للجاهزية في السنة على الأقل.

السلامة من الحريق

المعايير

FMS.7 تعد المؤسسة برنامجاً لتضمن سلامة كل شاغلي المرفق من النار أو الدخان أو الحالات الطارئة الأخرى وتنفذه.

FMS.7.1 تشمل الخطة الوقاية من الحريق أو الدخان أو الحالات الطارئة الأخرى في المرفق وكشفها مبكّراً وإخمادها وخفضها والخروج منها بسلام.

FMS.7.2 تختبر المؤسسة بانتظام خطة السلامة من الحريق والدخان، بما في ذلك الأجهزة المتصلة بالكشف المبكّر والإخماد وتوثيق النتائج.

نية المعايير FMS.7 إلى FMS.7.2

الحريق خطر دائم الحضور في مؤسسة الرعاية الصحية. ومن ثم تحتاج كل مؤسسة إلى وضع خطة للمحافظة على سلامة النازلين فيها عند نشوب الحريق أو تصاعد الدخان. تخطط المؤسسة لما يلي على وجه الخصوص:

- الوقاية من الحرائق عبر خفض المخاطر، مثل تخزين المواد الملتهبة، بما في ذلك الغازات الطبية القابلة للاشتعال مثل الأكسجين، وتداولها بشكل آمن
- المخاطر ذات الصلة بالإنشاءات في المباني التي يشغلها المرضى أو قربها
- الوسائل الآمنة وغير المعيقة للخروج عند نشوب حريق ما
- أنظمة الإنذار المبكّر والكشف المبكّر مثل دوريات الحريق وكاشفات الدخان وأجهزة الإنذار من الحريق
- آليات الإخماد مثل خراطيم المياه أو المخمّدات الكيميائية أو أنظمة الرشّ

هذه الإجراءات عندما تجتمع معاً توفّر للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار الوقت الكافي للخروج بسلام من المرفق عند نشوب حريق أو تصاعد دخان. وتكون هذه الإجراءات فعالة بصرف النظر عن عمر المرفق أو حجمه أو إنشائه. على سبيل المثال، يستخدم مرفق صغير من دور واحد مبني من الطوب أساليب مختلفة عن المرفق الكبير المتعدّد الأدوار المبني من الخشب.

تحدّد خطة المؤسسة للسلامة من الحريق

- تواتر معاينة أنظمة الوقاية والسلامة من الحريق اختبارها وصيانتها بما ينسجم مع المتطلّبات
- خطة إخلاء المرفق بسلام عند نشوب حريق أو انبعاث دخان
- آلية الاختبار (التمرين على الخطة بأكملها أو جزء منها) مرتين في السنة على الأقل
- التعليم الضروري للعاملين للوقاية الفعالة وإخلاء المرضى عند حدوث حالة طارئة
- مشاركة العاملين في اختبار للسلامة مرة واحدة في السنة على الأقل

توثّق كل المعاينات والاختبارات وأعمال الصيانة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.7

- ☐ 1. أن تضع المؤسسة خطة لبرنامج يضمن سلامة كل شاغلي مرافق المؤسسة من الحريق أو الدخان أو الحالات الطارئة الأخرى غير المتعلقة بالحرائق.
- ☐ 2. تنفيذ البرنامج بطريقة متواصلة وشاملة لضمان شموله كل أماكن رعاية المرضى وعمل العاملين.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.7.1

- ☐ 1. أن يشمل البرنامج خفض مخاطر الحريق.
- ☐ 2. أن يشمل البرنامج تقييم مخاطر الحريق عند وجود أعمال إنشاء في المرفق أو بجواره.
- ☐ 3. أن يشمل البرنامج الكشف المبكّر للحريق والدخان.
- ☐ 4. أن يشمل البرنامج إخماد الحريق واحتواء الدخان.
- ☐ 5. أن يشمل البرنامج الخروج من المرفق بسلام عند وقوع حريق أو حالات طارئة غير متعلقة بالحرائق.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.7.2

- ☐ 1. معاينة أنظمة كشف الحريق وإخماده واختبارها وصيانتها بوتيرة تحدّدها المؤسسة.
- ☐ 2. اختبار خطة الإخلاء عند نشوب حريق أو تصاعد دخان بسلام مرتين في السنة على الأقل.
- ☐ 3. تدريب العاملين على المشاركة في خطة السلامة من الحريق والدخان (انظر أيضاً FMS.11.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. مشاركة العاملين في اختبار واحد للسلامة من الحريق والدخان في السنة على الأقل.
- ☐ 5. توثيق معاينة المعدات والأنظمة واختبارها وصيانتها.

المعيار

FMS.7.3 تضع المؤسسة خطة لتقييد تدخين العاملين والمرضى في أماكن معينة خارج أماكن المرفق وتنفيذها.

نية المعيار FMS.7.3

تضع المؤسسة وتنفذ سياسة وخطة للحد من التدخين

- تنطبق على كل المرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار
- تمنع التدخين في مرافق المؤسسة أو تقيّده على الأقل في أماكن غير مخصصة لرعاية المرضى ومهواة من الخارج

تحدّد سياسة التدخين في المؤسسة أي توقّعات من السياسة تتعلّق بالمرضى، مثل الأسباب الطبية أو النفسية التي يمكن أن تسمح للمريض بالتدخين، والأشخاص الذين يُسمح لهم بمنح مثل هذا الاستثناء. وعند منح الاستثناء، يدخّن المريض في منطقة غير مخصصة للعلاج بعيداً عن المرضى.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.7.3

- ☐ 1. أن تنفذ المؤسسة سياسة وخطة للتخلّص من التدخين أو الحدّ منه.
- ☐ 2. أن تطبّق الخطة على المرضى وعائلاتهم والزوار والعاملين.
- ☐ 3. وجود آلية تسمح بمنح استثناءات للمرضى من الخطة.

المعدات الطبية

المعياران

FMS.8 تخطط المؤسسة وتنفذ برنامجاً لمعاينة المعدات الطبية واختبارها وصيانتها وتوثيق النتائج.

FMS.8.1 تجمع المؤسسة بيانات المراقبة لبرنامج إدارة المعدات الطبية. وتستخدم البيانات لوضع خطة لاحتياجات المؤسسة على المدى الطويل لرفع مستوى المعدات أو استبدالها.

نية المعيارين FMS.8 و FMS.8.1

لضمان توافر المعدات الطبية للاستعمال والعمل بشكل سليم، تقوم المؤسسة

- بجرد المعدات الطبية
- المعاينة الدورية للمعدات الطبية
- اختبار المعدات الطبية بما يتلاءم مع استخدامها ومتطلباتها
- الصيانة الوقائية

يقدّم أشخاص مؤهّلون (انظر المسرد أيضاً) هذه الخدمات. تعاين المعدات وتختبر عندما تكون جديدة، ثم على أساس مستمر بما يتلاءم مع عمر المعدات واستخدامها أو بناء على تعليمات المصنّع. وتوثّق المعاينات ونتائج الاختبارات. يساعد ذلك في استمرار عملية الصيانة كما يساعد عند التخطيط للأموال المخصصة للاستبدال والتحسين والتغييرات الأخرى.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.8

- ☐ 1. تدار المعدات الطبية في المؤسسة وفقاً للخطة (انظر أيضاً AOP.5.4، العنصر المقيس 1 وAOP.6.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. جرد كل المعدات الطبية (انظر أيضاً AOP.5.5، العنصر المقيس 3 وAOP.6.5، العنصر المقيس 3).
- ☐ 3. معاينة المعدات الطبية بشكل منتظم (انظر أيضاً AOP.5.4، العنصر المقيس 4 وAOP.6.5، العنصر المقيس 4).
- ☐ 4. اختبار المعدات الطبية عندما تكون جديدة وبالشكل الملائم فيما بعد (انظر أيضاً AOP.5.5، العنصر المقيس 5 وAOP.6.5، العنصر المقيس 5).
- ☐ 5. وجود برنامج صيانة وقائية (انظر أيضاً AOP.5.4، العنصر المقيس 6 وAOP.6.5، العنصر المقيس 6).
- ☐ 6. قيام أشخاص مؤهّلين بهذه الخدمات.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.8.1

- ☐ 1. جمع بيانات المراقبة وتوثيقها بالنسبة لبرنامج إدارة المعدات الطبية (انظر أيضاً AOP.5.5، العنصر المقيس 7 وAOP.6.5، العنصر المقيس 7).
- ☐ 2. استخدام بيانات المراقبة للتخطيط والتحسين.

المعيار

FMS.8.2 يوجد في المؤسسة نظام استرداد للمنتجات/المعدات.

نية المعيار FMS.8.2

يوجد لدى المؤسسة آلية لتحديد المنتجات والمعدات التي يستردّها المنتج أو المورّد واسترجاعها وإعادتها وإتلافها. وتوجد سياسة أو إجراء يتعامل مع استخدام أي منتج أو جهاز قيد الاسترداد.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.8.2

- ☐ 1. وجود نظام لاسترداد المنتجات/المعدات.
- ☐ 2. وجود سياسة أو إجراء يتعامل مع استخدام أي منتج أو جهاز قيد الاسترداد.
- ☐ 3. تنفيذ السياسة أو الإجراء.

أنظمة الخدمات العامة

المعيار

FMS.9 تتوافر مياه الشرب والطاقة الكهربائية 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع، من خلال المصادر المعتادة أو البديلة، لتلبية الاحتياجات الضرورية لرعاية المرضى.

نية المعيار FMS.9

تقدّم الرعاية للمرضى، الروتينية والعاجلة على السواء، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ومن ثم فإنّ المصدر المتواصل للمياه النظيفة والطاقة الكهربائية ضروري لتلبية احتياجات رعاية المرضى. ويمكن استخدام المصادر العادية والبديلة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.9

- ☐ 1. توافر مياه الشرب على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.
- ☐ 2. توافر التيار الكهربائي على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

المعياران

FMS.9.1 توجد لدى المؤسسة آليات طارئة لحماية شاغلي المرفق عند انقطاع الماء أو الكهرباء أو التلوّث أو التعطّل.

FMS.9.2 تختبر المؤسسة نظم المياه والكهرباء الطارئة بانتظام بما يتلاءم مع النظام وتوثيق النتائج.

نية المعيارين FMS.9.1 وFMS.9.2

لمؤسسات الرعاية الصحية احتياجات مختلفة من المعدات الطبية وأنظمة الخدمات العامة (انظر المسرد أيضاً) استناداً إلى رسالتها (انظر أيضاً "بيان الرسالة" في المسرد)، واحتياجات المرضى، والموارد. وبصرف النظر عن نوع النظام ومستوى موارده، تحتاج المؤسسة إلى حماية المرضى والعاملين في الحالات الطارئة مثل إخفاق النظام أو الانقطاع أو التلوّث (انظر المسرد أيضاً).

للإعداد لمثل هذه الحالات الطارئة، فإنّ المؤسسة

- تحدّد المعدات والأنظمة والمواقع التي تشكل أعلى المخاطر على المرضى والعاملين. على سبيل المثال، تحدّد أين توجد حاجة إلى الإضاءة والبرّادات ودعم الحياة والماء النظيف لتنظيف الإمدادات وتعقيمها
- تقيّم المخاطر من إخفاقات النظام في هذه الأماكن وتقلّلها
- تعد خطة لمصادر الكهرباء والماء النظيف البديلة في هذه الأماكن ولهذه الاحتياجات
- تختبر توافر مصادر الكهرباء والماء في الحالات الطارئة وإمكانية الركون إليها
- توثّق نتائج الاختبارات

العناصر المقيسة للمعيار FMS.9.1

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة الأماكن والخدمات المعرّضة لأعلى المخاطر عند انقطاع الكهرباء أو تلوّث الماء أو انقطاعه.
- ☐ 2. أن تسعى المؤسسة إلى خفض مخاطر مثل هذه الأحداث.
- ☐ 3. أن تضع المؤسسة خططاً لمصادر بديلة للكهرباء والماء في الحالات الطارئة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.9.2

- ☐ 1. أن تختبر المؤسسة بانتظام المصادر البديلة للماء والكهرباء.
- ☐ 2. أن توثّق المؤسسة نتائج مثل هذه الاختبارات.

المعايير

FMS.10 معاينة نظم الكهرباء والماء والنفايات والتهوئة والغاز الطبي وغيرها من النظم الرئيسية بانتظام وصيانتها وتحسينها عند الاقتضاء.

FMS.10.1 يراقب الأشخاص أو السلطات المعنيين جودة الماء بانتظام.

FMS.10.2 تجمع المؤسسة بيانات مراقبة برنامج إدارة نظام الخدمات العامة. وتستخدم هذه البيانات لتخطيط احتياجات المؤسسة على المدى الطويل لرفع مستوى نظام الخدمات العامة أو استبداله.

نية المعايير FMS.10 إلى FMS.10.2

إنّ التشغيل الذي يتسم بالأمان والفعالية والكفاءة لنظام الخدمات العامة وغيره من الأنظمة الرئيسية في المؤسسة ضرورية للمرضى وعائلاتهم والزوار ولتلبية احتياجات رعاية المرضى. على سبيل المثال، يشكّل التلوّث بالنفايات في أماكن إعداد الطعام، وعدم كفاية التهوئة في المختبر السريري، والأسطوانات غير المقفلة عند تخزينها، وخطوط الأكسجين الراشحة، وخطوط الكهرباء المتآكلة مخاطر كبيرة. لتجنّب هذه المخاطر وغيرها، يوجد لدى المؤسسة آلية للمعاينة المنتظمة لمثل هذه الأنظمة وإجراء الصيانة الوقائية وسواها. في أثناء الاختبار، يوجّه الانتباه إلى المكوّنات الحرجة للأنظمة (مثل المفاتيح والمرحّلات الكهربائية). وتختبر مصادر الكهرباء في الحالات الطارئة والاحتياطية في ظروف مهيّأة تحاكي متطلبات الأحمال الحقيقية. وتجرى التحسينات عند الضرورة، مثل تعزيز الخدمة الكهربائية إلى الأماكن التي تضمّ معدات جديدة.

يمكن أن تتغيّر جودة الماء فجأة لأسباب عديدة، قد يكون بعضها خارج المؤسسة، مثل انكسار خط الإمداد إلى المؤسسة أو تلوّث مصدر مياه المدينة. كما أنّ جودة المياه عامل حرج في عمليات الرعاية السريرية مثل غسيل الكلى المزمن. ومن ثم تضع المؤسسة آلية لمراقبة جودة المياه، بما في ذلك الاختبار البيولوجي المنتظم للمياه المستخدمة في غسيل الكلى المزمن. ويستند تواتر المراقبة جزئياً إلى التجارب السابقة لمشاكل جودة المياه. ينفذ المراقبة أشخاص تسميهم المؤسسة، مثل عاملين من المختبر السريري، أو الصحة العامة، أو سلطات الإشراف على المياه خارج المؤسسة على أن يكونوا أكفاء للقيام بهذه الاختبارات. وتتحمل المؤسسة مسؤولية ضمان اكتمال الاختبار كما هو مطلوب.

تساعد مراقبة الأنظمة الأساسية المؤسسة في تجنّب المشاكل وتوفّر المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات بشأن إدخال تحسينات على النظام والتخطيط لرفع مستوى أنظمة الخدمات العامة أو استبدالها. وتوثّق بيانات المراقبة.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.10

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة أنظمة الخدمات العامة والغاز الطبي والتهوئة وغيرها من الأنظمة الرئيسية.
- ☐ 2. معاينة الأنظمة الرئيسية بانتظام.
- ☐ 3. اختبار الأنظمة الرئيسية بانتظام.
- ☐ 4. صيانة الأنظمة الرئيسية بانتظام.
- ☐ 5. تحسين الأنظمة الرئيسية وفق ما هو مناسب.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.10.1

☐ 1. مراقبة جودة المياه بانتظام.
☐ 2. اختبار المياه المستخدمة في غسيل الكلى المزمن بانتظام.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.10.2

☐ 1. جمع بيانات المراقبة وتوثيقها لصالح برنامج إدارة الخدمات العامة الطبية.
☐ 2. استخدام بيانات المراقبة بغية التخطيط والتحسين.

تعليم العاملين

المعايير

FMS.11 تعلّم المؤسسة وتدرّب كل العاملين عن أدوارهم في توفير مرفق رعاية سالم وفعال.

FMS.11.1 يكون العاملون مدرّبين ومطلعين على أدوارهم في خطط المؤسسة للسلامة من الحريق والأمن والمواد الخطيرة والحالات الطارئة.

FMS,11.2 يدرّب العاملون لتشغيل المعدات الطبية وأنظمة الخدمات العامة وصيانتها.

FMS.11.3 تختبر المؤسسة بانتظام معرفة العاملين من خلال الإيضاح والحوادث الزائفة والطرق المناسبة الأخرى. ويوثّق الاختبار بعد ذلك.

نية المعايير FMS.11 إلى FMS.11.3

العاملون في المؤسسة هم المصدر الأساسي للاتصال بالمرضى وعائلاتهم والزوار. ومن ثم يجب تعليمهم وتدريبهم على تأدية أدوارهم في تحديد المخاطر وخفضها، وحماية الآخرين وأنفسهم، وإيجاد مرفق سليم وآمن (انظر أيضاً FMS.7.2، العنصر المقيس 3).

على كل مؤسسة أن تقرّر نوع تدريب الموظفين ومستواه ثم تنفيض وتوثيق برنامج لهذا التعليم والتدريب. ويمكن أن يشمل البرنامج تعليمات جماعية، أو مواد تعليمية مطبوعة، أو جزء من برنامج التوجيه للعاملين الجدد، أو آلية أخرى تلبي احتياجات المؤسسة. ويشمل البرنامج التعليم على آليات تقديم التقارير عن المخاطر المحتملة، والإفادة عن الحوادث والإصابات، والتعامل مع المواد الخطيرة والمواد الأخرى التي تشكّل خطراً عليهم وعلى غيرهم.

يتلقى العاملون المسؤولون عن تشغيل وصيانة المعدات الطبية تدريباً خاصاً. ويمكن أن يكون التدريب من المؤسسة، أو منتج المعدات، أو مصدر مطلع آخر.

تخطط المؤسسة لبرنامج مصمّم لإجراء اختبار دوري لمعرفة العاملين بإجراءات الطوارئ، بما في ذلك إجراءات السلامة من الحريق، والاستجابة للمخاطر مثل اندلاق مادة سامة، واستخدام المعدات الطبية التي تشكل خطراً على المرضى والعاملين. ويمكن اختبار المعرفة عبر العديد من الوسائل مثل الإيضاحات الفردية أو الجماعية، وتنظيم حوادث زائفة مثل وباء في المجتمع، واستخدام الاختبارات الخطية أو الحاسوبية، أو وسائل أخرى مناسبة للمعرفة التي تختبر. وتوثّق نتائج الاختبار.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.11

☐ 1. وجود خطة للتعليم بالنسبة إلى كل مكوّن من مكوّنات إدارة المرفق وبرنامج السلامة في المؤسسة لضمان قيام العاملين بالاضطلاع بمسؤولياتهم بطريقة فعالة (انظر أيضاً AOP.5.1، العنصر المقيس 5 وAOP.6.2، العنصر المقيس 6).
☐ 2. أن يشمل التعليم الزوار والبائعين والعمال المتعاقدين وسواهم بما يتلاءم مع المؤسسة والمناوبات المتعددة للعاملين.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.11.1

☐ 1. تمكّن العاملين من وصف و/أو عرض دورهم استجابة لحريق.

- ☐ 2. تمكّن العاملين من وصف و/أو إظهار الأعمال التي تزيل المخاطر على السلامة والأمن أو تقللها أو تفيد عنها.
- ☐ 3. تمكّن العاملين من وصف الاحتياطات والإجراءات والمشاركة في تخزين الغازات الطبية والنفايات والمواد الخطيرة في الحالات الطارئة.
- ☐ 4. تمكّن العاملين من وصف و/أو إظهار الإجراءات وأدوارهم في الحالات الطارئة الداخلية والكوارث في المجتمع

العناصر المقيسة للمعيار FMS.11.2

- ☐ 1. تدريب العاملين على تشغيل المعدات الطبية وأنظمة الخدمات العامة المناسبة لمتطلبات أعمالهم.
- ☐ 2. تدريب العاملين على صيانة المعدات الطبية وأنظمة الخدمات العامة المناسبة لمتطلبات عملهم.

العناصر المقيسة للمعيار FMS.11.3

- ☐ 1. اختبار معرفة العاملين الخاصة بأدوارهم في المحافظة على سلامة المرفق وفعاليته.
- ☐ 2. توثيق تدريب العاملين واختبارهم لمعرفة من تدرّب واختُبر وما هي النتائج.

◥ مؤهّلات العاملين وتعليمهم (SQE)

نظرة عامة

تحتاج مؤسسة الرعاية الصحية (انظر المسرد أيضاً) إلى مجموعة ملائمة من الأشخاص الماهرين والمؤهلين للوفاء برسالتها (انظر أيضاً "بيان الرسالة" في المسرد) وتلبية احتياجات المرضى. ويعمل قادة المؤسسة معاً لتحديد عدد العاملين اللازمين وأنواعهم بناء على توصيات من مديري الأقسام والخدمات.

إنّ استخدام العاملين (انظر المسرد أيضاً) وتقييمهم وتعيينهم يتحقّق على أفضل وجه من خلال عملية منسّقة تتسم بالكفاءة والانتظام. ومن الضروري أيضاً توثيق مهارات المتقدّمين ومعارفهم وتعليمهم وخبرتهم السابقة في العمل. ومن المهم على وجه الخصوص مراجعة الوثائق الثبوتية (انظر المسرد أيضاً) للهيئة العاملة الطبية العاملة لأنّهم معنيون بعمليات الرعاية السريرية والعمل مباشرة مع المرضى.

يجب أن توفّر مؤسسات الرعاية الصحية الفرص لكي يتعلّم العاملون ويتقدّموا شخصياً ومهنياً. ومن ثم يجب أن يعرض التعليم في أثناء الخدمة (انظر المسرد أيضاً) وفرص التعلّم الأخرى على العاملين.

المعايير

فيما يلي لائحة بكل معايير هذه الوظيفة. وهي مقدّمة هنا لسهولة الرجوع إليها بدون إعلانات نواياها أو عناصرها المقيسة. لمزيد من المعلومات عن هذه المعايير، انظر القسم التالي في هذا الفصل، المعايير والنوايا والعناصر المقيسة.

SQE.1 يحدّد قادة المؤسسة المستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم والمتطلّبات الأخرى منهم.

SQE.1.1 تحدّد مسؤوليات كل من العاملين في وصف وظيفي حالي.

SQE.2 يضع قادة المؤسسة وينفّذون آليات استخدام العاملين وتقييمهم وتعيينهم بالإضافة إلى الإجراءات الأخرى ذات الصلة التي تحدّدها المؤسسة.

SQE.3 تستخدم المؤسسة آلية محدّدة لضمان انسجام معرفة العاملين السريريين ومهاراتهم مع احتياجات المرضى.

SQE.4 تستخدم المؤسسة آلية محددة لضمان انسجام معرفة العاملين غير السريريين ومهاراتهم مع احتياجات المؤسسة ومتطلبات مناصبهم.

SQE.5 توجد معلومات موثّقة عن كل العاملين.

SQE.6 تحدّد خطة استخدام العاملين في المؤسسة، وهي الخطة التي يضعها القادة بشكل تعاوني، عدد العاملين وأنواعهم ومؤهّلاتهم المرغوبة.

SQE.6.1 تراجع خطة استخدام العاملين على أساس متواصل كما تدعو الضرورة.

SQE.7 يعرّف كل العاملين السريريين وغير السريريين على المؤسسة والقسم أو الوحدة التي يعيّنون فيها ومسؤوليات عملهم المحدّدة عند تعيينهم.

SQE.8 يتلقى كل من العاملين تعليماً وتدريباً متواصلاً في أثناء الخدمة وغيره من التعليم للمحافظة على مهاراتهم ومعرفتهم أو تحسينها.

SQE.8.1 يدرّب العاملون الذين يقدّمون الرعاية للمرضى وغيرهم من العاملين الذين تحددهم المؤسسة ويظهرون الكفاءة الملائمة في أساليب الإنعاش.

SQE.8.2 تقدّم المؤسسة التسهيلات والوقت لتعليم العاملين وتدريبهم.

SQE.8.3 توجّه القياسات التعليمية التي يحدّدها البرنامج الأكاديمي الراعي، التعليم الصحي المهني عندما يقدّم داخل المؤسسة.

SQE.8.4 تقدّم المؤسسة برنامجاً لصحة العاملين وسلامتهم.

SQE.9 توجد آلية فعالة لدى المؤسسة لجمع الوثائق الثبوتية المخولة بتقديم (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) الخاصة بالهيئة الطبية لتقديم الرعاية للمرضى بدون إشراف.

SQE.10 يوجد لدى المؤسسة إجراء موحد موضوعي، قائم على الأدلة لتفويض كل أعضاء الهيئة الطبية بإدخال المرضى ومعالجتهم وتقديم الخدمات السريرية المنسجمة مع مؤهلاتهم.

SQE.11 وجود ممارسة مهنية متواصلة لتقييم جودة وسلامة السريرية التي تقدمها الهيئة الطبية وسلامتها.

SQE.12 توجد لدى المؤسسة آلية فعالة لجمع الأوراق الثبوتية للهيئة العاملة التمريضية (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) والتحقّق منها وتقييمها.

SQE.13 يوجد لدى المؤسسة إجراء موحد لتحديد المسؤوليات الوظيفية وتعيين الأعمال السريرية استناداً إلى الوثائق الثبوتية للهيئة العاملة التمريضية وأي متطلبات تنظيمية أخرى.

SQE.14 يوجد لدى المؤسسة إجراء قياسي لمشاركة للهيئة العاملة التمريضية في أنشطة تحسين الجودة في المؤسسة، بما فيها تقييم الأداء الفردي عند الحاجة.

SQE.15 يوجد لدي المؤسسة إجراء قياسي لجمع الوثائق الثبوتية للعاملين الصحيين المهنيين (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) والتحقّق منها وتقييمها.

SQE.16 يوجد لدى المؤسسة إجراء موحد لتحديد مسؤوليات العمل وتعيين الأعمال السريرية استناداً إلى الأوراق الثبوتية للعاملين الصحيين المهنيين وأي متطلبات تنظيمية أخرى.

SQE.17 توجد لدى المؤسسة آلية فعّالة لمشاركة العاملين الصحيين المهنيين في أنشطة تحسين الجودة في المؤسسة.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

التخطيط

المعيار

SQE.1 يحدّد قادة المؤسسة تعليم العاملين ومهاراتهم ومعرفتهم والمتطلّبات الأخرى منهم.

نية المعيار SQE.1

يحدّد قادة المؤسسة المتطلبات الخاصة لمناصب العاملين. ويحددون التعليم والمهارات والمعرفة وأي متطلبات أخرى كجزء من التخطيط للتزويد بالموظفين لتلبية احتياجات المرضى.

ينظر القادة في العوامل التالية للتخطيط لاحتياجات التزويد بالموظفين:

- رسالة المؤسسة
- خليط المرضى الذين تخدمهم المؤسسة وتعقيد احتياجاتهم وحدتها
- الخدمات التي تقدّمها المؤسسة
- التكنولوجيا المستخدمة في رعاية المرضى

تمتثل المؤسسة للقوانين والإجراءات التي تحدّد مستويات التعليم أو المهارات أو المتطلبات الأخرى المرغوبة للعاملين أو التي تحدّد أعداد العاملين المطلوبين أو مزيج الموظفين في المؤسسة. وتنظر المؤسسة في رسالتها واحتياجات المرضى بالإضافة إلى متطلّبات القوانين والأنظمة.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.1

- ☐ 1. أن ينظر التخطيط في رسالة المؤسسة وخليط المرضى والخدمات والتكنولوجيا.
- ☐ 2. أن مستوى تعليم العاملين ومهاراتهم ومعرفتهم المرغوبة.
- ☐ 3. إدخال القوانين والأنظمة المطبقة في التخطيط.

المعيار

SQE.1.1 تحدّد مسؤوليات كل من العاملين في وصف وظيفي حالي.

نية المعيار SQE.1.1

تحدّد مسؤوليات العاملين غير المجازين للممارسة بشكل مستقل في مواصفات الوظائف الراهنة (انظر المسرد أيضاً). ويشكّل توصيف الوظائف أساس تعيينهم وتوجيههم في عملهم وتقييم حسن وفائهم بمسؤوليات وظائفهم.

وثمة حاجة أيضاً إلى توصيف وظائف المهنيين الصحيين عندما:

أ. يخدم الفرد في دور إداري بالدرجة الأولى، مثل مدير قسم أو في أدوار سريرية وإدارية مزدوجة، حيث تعيّن المسؤوليات الإدارية في توصيف الوظيفة.

ب. يضطلع الأفراد ببعض المسؤوليات السريرية التي لم يخولوا بممارستها باستقلالية، مثل الممارس المستقل الذي يتعلّم دوراً جديداً أو مهارات جديدة (يمنح الامتياز بموجب SQE.10 بديلاً).

ج. يكون الفرد في برنامج تعليمي وتحت الإشراف ويحدّد البرنامج الأكاديمي، لكل مرحلة أو مستوى تدريبي، ما الذي يمكن عمله بشكل مستقل وما الذي يجب أن يخضع للإشراف. ويمكن أن يفيد وصف البرنامج كتوصيف للوظيفة في مثل هذه الحالات.

د. يسمح للفرد بتقديم الخدمات في المؤسسة بشكل مؤقت (يشكل الامتياز بموجب SQE.10 بديلاً).

عندما تستخدم المؤسسة توصيفات وظائف وطنية أو نوعية، مثل توصيف وظيفة "الممرّض"، من الضروري رفد هذا النوع من توصيف الوظائف بمسؤوليات الوظائف المحدّدة بالنسبة لأنواع الممرضين، مثل ممرّض الرعاية المركّزة، وممرّض الأطفال، وممرّض غرف العمليات.

وللذين يسمح لهم القانون والمؤسسة بالممارسة بشكل مستقل توجد آلية لتحديد الفرد وتخويله بالممارسة استناداً إلى التعليم والتدريب والخبرة. وتحدّد هذه الآلية في SQE.9 للهيئة العاملة الطبية وفي SQE.12 للهيئة العاملة التمريضية.

تنطبق متطلّبات هذا المعيار على كل أنواع "الموظفين" الذين يتطلبون توصيفاً للوظيفة، العاملين المتفرغين أو غير المتفرّغين أو المتطوّعين أو المؤقّتين مثلاً.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.1.1

- ☐ 1. وجود وصف وظيفي لكل العاملين الذين لا يسمح لهم بالممارسة باستقلالية (انظر أيضاً AOP.3، العنصر المقيس 5).
- ☐ 2. أن يكون للأفراد المحدّدين في (أ) إلى (د) في إعلان النوايا، عندما يكونون في المؤسسة، وصف وظيفي متلائم مع أنشطتهم ومسؤولياتهم أو يحظون بامتياز إذا أشير أنّه بديل.
- ☐ 3. أن تكون توصيفات الوظائف حالياً وفقاً لسياسة المستشفى.

المعيار

SQE.2 يضع قادة المؤسسة وينفّذون آليات استخدام العاملين وتقييمهم وتعيينهم بالإضافة إلى الإجراءات الأخرى ذات الصلة التي تحدّدها المؤسسة.

نية المعيار SQE.2

توفّر المؤسسة آلية تتسم بالكفاءة أو التنسيق أو المركزية من أجل

- استخدام الأشخاص للمناصب المتاحة
- تقييم تدريب المرشحين ومهاراتهم ومعرفتهم
- تعيين الأفراد في الهيئة العاملة في المؤسسة

إذا لم تكن الآلية مركزية، تؤدي المعايير المماثلة والآليات والنماذج إلى آلية منتظمة في المؤسسة. ويشارك مديرو الأقسام والخدمات عن طريق اقتراح عدد العاملين اللازمين لتقديم الخدمات السريرية إلى المرضى ومؤهلاتهم، بالإضافة إلى وظائف الدعم غير السريري، وتلبية أي تعليم أو مسؤوليات أخرى في القسم. ويساعد مديرو الأقسام والخدمات أيضاً في اتخاذ القرارات بشأن الأفراد الذين يعيّنون في الهيئة العاملة. ومن ثم فإنّ المعايير في هذا الفصل تستكمل معايير الحاكمية والقيادة والإدارة (GLD) التي تصف مسؤوليات مدير القسم أو الخدمة.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.2

- ☐ 1. وجود آلية لاستخدام الموظفين (انظر أيضاً GLD.3.5، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. وجود آلية لتقييم مؤهلات العاملين الجدد.
- ☐ 3. وجود آلية لتعيين أشخاص في الهيئة العاملة.
- ☐ 4. أن تكون الآلية متسقة في المؤسسة.
- ☐ 5. تنفيذ الآلية.

المعيار

SQE.3 تستخدم المؤسسة آلية محدّدة لضمان انسجام معرفة العاملين السريريين ومهاراتهم مع احتياجات المرضى.

نية المعيار SQE.3

تستخدم المؤسسة العاملين المؤهلين من خلال آلية توفّق بين متطلّبات المنصب ومؤهلات الموظف المنتظر. وتضمن هذه الآلية أيضاً أن تكون مهارات الموظف منسجمة مع احتياجات المرضى في البداية ومع الوقت.

أما بالنسبة إلى العاملين المهنيين الصحيين في المؤسسة الذين لا يمارسون عملهم بموجب توصيف للوظيفة، فتحدّد هذه الآلية في SQE.9 إلى SQE.11.

تشمل العملية بالنسبة إلى العاملين السريريين الذين يعملون بموجب توصيف للوظيفة

- تقييماً أولياً لضمان قدرتهم على تولي المسؤوليات المنوطة بهم بموجب توصيف وظيفته. يتم هذا التقييم قبل بدء أداء مسؤوليات العمل أو عند بدئها. وقد تحدّد المؤسسة فترة "اختبارية" أو ما شابه يتم الإشراف خلالها على العامل السريري عن كثب وتقييمه أو قد تكون الآلية أقل شكلية. وأياً تكن الآلية، فإنّ المؤسسة تضمن تقييم الهيئة العاملة التي تقدّم خدمات عالية الخطورة أو تقدّم الرعاية إلى مرضى في حالة عالية الخطورة عند بدء تقديم الرعاية. ويجري القسم أو الخدمة الذي يعيّن فيه العامل هذا التقييم للمهارات والمعرفة والسلوك العملي المرغوب.
- تحدّد المؤسسة بعد ذلك عملية التقييم الدائم لقدرات الهيئة العاملة وتكررها. ويضمن التقييم الدائم إجراء التدريب عند الحاجة وقدرة الهيئة العاملة على تولي المسؤوليات الجديدة أو المتغيّرة. ومع أنّه يفضل إجراء هذا التقييم بشكل مستمر، فإنّه يجب توثيق تقييم واحد في السنة على الأقل لكل من الهيئة العاملة السريرية التي تعمل بموجب توصيف للوظيفة (يوجد تقييم من يسمح لهم بالعمل بصورة مستقلة في SQE.11).

العناصر المقيسة للمعيار SQE.3

- ☐ 1. استخدام المؤسسة آلية محددة للتوفيق بين معرفة العاملين السريريين ومهاراتهم واحتياجات المرضى.
- ☐ 2. تقييم العاملين السريريين الجدد عند بدء تولي مسؤولياتهم.
- ☐ 3. أن يجري التقييم القسم أو الخدمة الذي يعيّن الفرد فيه.
- ☐ 4. أن تحدّد المؤسسة تكرّر التقييم المستمر للعاملين السريريين.
- ☐ 5. توثيق تقييم واحد في السنة على الأقل، أو أكثر تكرّراً كما ترتأي المؤسسة، لكل من العاملين السريريين الذين يعملون بموجب وصف وظيفي.

المعيار

SQE.4 تستخدم المؤسسة آلية محددة لضمان انسجام معرفة العاملين غير السريريين ومهاراتهم مع احتياجات المؤسسة ومتطلبات مناصبهم.

نية المعيار SQE.4

تسعى المؤسسة إلى استخدام العاملين الذين يلبون بكفاءة كل متطلبات الوظائف غير السريرية. يقدّم المشرف على العامل تعريفاً بالوظيفة ويضمن قدرة الموظف على الاضطلاع بمسؤولياته بموجب الوصف الوظيفي. ويحصل العامل على المستوى المطلوب من الإشراف ويقيّم دورياً لضمان استمرار كفاءته (انظر المسرد أيضاً) في منصبه.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.4

- ☐ 1. استخدام المؤسسة آلية محددة للتوفيق بين معرفة العاملين السريريين ومهاراتهم ومتطلبات مناصبهم.
- ☐ 2. تقييم العاملين غير السريريين الجدد عند بدء تولي مسؤولياتهم.
- ☐ 3. أن يجري التقييم القسم أو الخدمة الذي يعيّن الفرد فيه.
- ☐ 4. أن تحدّد المؤسسة تكرّر التقييم المستمر للعاملين غير السريريين.
- ☐ 5. توثيق تقييم واحد في السنة على الأقل، أو أكثر تكرّراً كما ترتأي المؤسسة، لكل من العاملين غير السريريين.

المعيار

SQE.5 توجد معلومات موثّقة عن كل العاملين.

نية المعيار SQE.5

يوجد لكل عضو في الهيئة العاملة في المؤسسة سجل يضم معلومات عن مؤهلاته ونتائج تقييمه وسجل عمله. ويوجد وصف للآلية وسجلات العاملين المهنيين الصحيين السريريين، بمن فيهم الذين يسمح لهم القانون والمؤسسة بالعمل باستقلالية، في المعيار SQE.9 بالنسبة للهيئة الطبية، والمعيار SQE.12 بالنسبة للهيئة التمريضية، والمعيار SQE.15 بالنسبة للمهنيين الصحيين الآخرين. وتكون السجلات موحدة وتحفظ وفقاً لسياسة المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.5

- ☐ 1. حفظ معلومات عن الموظفين في الهيئة العاملة.
- ☐ 2. أن تحتوي ملفات الموظفين على مؤهّلات الموظف.
- ☐ 3. أن تحتوي ملفات الموظفين على توصيف وظائف العاملين عندما ينطبق ذلك.
- ☐ 4. أن تحتوي ملفات الموظفين على سجل عمل الموظف.
- ☐ 5. أن تحتوي ملفات الموظفين على نتائج التقييمات.
- ☐ 6. أن تحتوي ملفات الموظفين على سجل للتعليم الذي يحضره الموظف في أثناء الخدمة.
- ☐ 7. توجيه ملفات الموظفين وتحديثها.

المعياران

SQE.6 تحدّد خطة استخدام العاملين في المؤسسة، وهي الخطة التي يضعها القادة بشكل تعاوني، عدد العاملين وأنواعهم ومؤهّلاتهم المرغوبة.

SQE.6.1 تراجع خطة استخدام العاملين على أساس متواصل كما تدعو الضرورة.

نية المعيارين SQE.6 وSQE.6.1

توافر العاملين الملائمين بالأعداد الكافية مهم لرعاية المرضى، فضلاً عن كل أنشطة التعليم والبحث التي تنخرط بها المؤسسة. يقوم قادة المؤسسة بالتخطيط للعاملين. وتستخدم آلية التخطيط طرقاً مألوفة لتحديد مستويات العاملين. على سبيل المثال، يستخدم نظام حدّة مرض المريض لتحديد عدد الممرّضين المجازين الذين لديهم خبرة في الرعاية المركّزة للأطفال لتزويد وحدة رعاية مركّزة للأطفال تضم عشرة أسرة بالعاملين.

تكتب الخطة وتحدّد أعداد العاملين المطلوبين وأنواعهم ومهاراتهم ومعرفتهم والمتطلبات الأخرى اللازمة في كل قسم أو خدمة. وتتعامل الخطة مع

- إعادة تعيين العاملين من قسم أو خدمة في قسم آخر استجابة لتغيّر احتياجات المرضى أو نقص العاملين
- يتطلب النظر في طلبات إعادة تعيين العاملين بناء على القيم الثقافية أو المعتقدات الدينية
- السياسة والإجراء المتبع لنقل المسؤولية من فرد إلى آخر (من طبيب إلى ممرض مثلاً) عندما تقع المسؤولية خارج مجال المسؤولية العادية لهذا الفرد.

يراقب التزويد المزمع والفعلي بالموظفين باستمرار، وتحدّث الخطة عند اللزوم. وثمة آلية تعاونية يقوم بموجبها قادة المؤسسة بتحديث الخطة الإجمالية عندما تراقب على مستوى القسم أو الخدمة.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.6

- ☐ 1. وجود خطة مكتوبة لتزويد المؤسسة بالموظفين.

- ☐ 2. أن يضع القادة الخطة بشكل تعاوني.
- ☐ 3. أن يحدّد عدد العاملين وأنواعهم ومؤهّلاتهم المرغوبة في الخطة باستخدام طريقة معترف بها للتزويد بالموظفين.
- ☐ 4. أن تتعامل الخطة مع تعيين العاملين وإعادة تعيينهم.
- ☐ 5. أن تتعامل الخطة مع نقل المسؤولية من شخص إلى آخر.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.6.1

- ☐ 1. مراقبة فعالية خطة التزويد بالموظفين باستمرار.
- ☐ 2. تنقيح الخطة وتحديثها عند الضرورة.

التوجيه والتعليم

المعيار

SQE.7 يعرّف كل العاملين السريريين وغير السريريين عن المؤسسة والقسم أو الوحدة التي يعيّنون فيها ومسؤوليات عملهم المحدّدة عند تعيينهم.

نية المعيار SQE.7

يطلق قرار تعيين شخص ما في الهيئة العاملة لإحدى المؤسسات عدة آلية عمل. فلكي يكون أداء الموظف الجديد جيداً، بصرف النظر عن مكانة الوظيفة، عليه أن يفهم المؤسسة بأكملها وكيف تسهم مسؤولياته السريرية أو غير السريرية في رسالة المؤسسة. ويتحقّق ذلك عبر تعريفه بشكل عام على المؤسسة ودوره فيها، وتعريفه على مسؤوليات منصبه. ويشمل التعريف، عند الاقتضاء، الإفادة عن الأخطاء الطبية، وممارسات الوقاية من العدوى والسيطرة عليها، وسياسات المؤسسة بشأن تعليمات الأدوية على الهاتف، وما إلى هنالك (انظر أيضاً GLD.5.4، العنصران المقيسان 1 و2 وPCI.11، العنصر المقيس 4).

يعرّف العاملون المتعاقدون (انظر "الخدمات المتعاقد عليها" في المسرد) والمتطوّعون عن المؤسسة أيضاً ومهماتهم أو مسؤولياتهم المحدّدة، مثل سلامة المرضى والوقاية من العدوى والسيطرة عليها.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.7

- ☐ 1. تعريف العاملين السريريين وغير السريريين الجدد عن المؤسسة أو القسم أو الوحدة التي يعيّنون فيها، وعن مسؤولياتهم الوظيفية وأي مهمات محدّدة.
- ☐ 2. تعريف العاملين المتعاقد معهم عن المؤسسة أو القسم أو الوحدة التي يعيّنون فيها، وعن مسؤولياتهم الوظيفية وأي مهمات محدّدة.
- ☐ 3. تعريف المتطوّعين على المؤسسة والمسؤوليات التي يكلّفون بها.

المعيار

SQE.8 يتلقى كل من العاملين تعليم وتدريب متواصل في أثناء الخدمة وغيره من التعليم للمحافظة على مهاراتهم ومعرفتهم أو تحسينها.

نية المعيار SQE.8

تجمع المؤسسة البيانات من عدة مصادر لفهم احتياجات التعليم المستمر لهيئتها العاملة. وتشكل نتائج مراقبة الجودة والسلامة مصدراً من مصادر المعلومات لتحديد احتياجات تعليم العاملين. فيما تفيد بيانات المراقبة (انظر المسرد أيضاً) النّاجمة عن برنامج إدارة المرفق، وإدخال تكنولوجيا ومهارة ومجالات معرفية جديدة تحدّد من خلال الأداء الوظيفي، والإجراءات السريرية الجديدة، والخطط المستقبلية لتوفير خدمات

جديدة بمثابة مصادر لمثل هذه البيانات. يوجد في المؤسسة آلية لجمع البيانات وتكاملها للتخطيط لبرنامج تعليم العاملين. كما أنّ المؤسسة تحدد من هم العاملون، مثل العاملين الصحيين المهنيين، الذين يجب أن يحصلوا على التعليم المستمر للمحافظة على كفاءاتهم وكيف يراقب تعليم هؤلاء ويوثّق (انظر أيضاً GLD.3.5، العنصر المقيس 3).

للمحافظة على مستوى أداء مقبول للعاملين، وتعليم مهارات جديدة، وتقديم تدريب على معدات وإجراءات جديدة، توفّر المؤسسة المرافق والمعلّمين والوقت من أجل التعليم المستمر في أثناء الخدمة وسواه. ويكون هذا التعليم ذا صلة بكل عضو في الهيئة العاملة بالإضافة إلى التقدّم المستمر للمؤسسة في تلبية احتياجات المرضى. على سبيل المثال، يمكن أن تتلقى الهيئة الطبية تعليماً في الوقاية من العدوى والسيطرة عليها، أو التقدّم في الممارسة الطبية، أو التكنولوجيا الجديدة. توثّق المنجزات التعليمية لكل عضو في الهيئة العاملة في سجله الشخصي.

بالإضافة إلى ذلك، تضع كل مؤسسة برنامجاً لصحة العاملين وسلامتهم ملائماً للاحتياجات الصحية للعاملين والمخاوف على سلامة المؤسسة والعاملين.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.8

☐ 1. استخدام المؤسسة مصادر مختلفة للبيانات والمعلومات، بما في ذلك نتائج مراقبة الجودة والسلامة، لتحديد احتياجات العاملين التعليمية.

☐ 2. تخطيط البرامج التعليمية استناداً لهذه البيانات والمعلومات.

☐ 3. تقديم التعليم والتدريب المستمر في أثناء الخدمة لعاملين في المؤسسة (انظر أيضاً AOP.5.1، العنصر المقيس 6 وAOP.6.2، العنصر المقيس 7).

☐ 4. أن يكون التعليم ذا صلة بقدرة كل عضو في الهيئة العاملة على تلبية احتياجات المرضى، و/أو متطلبات التعليم المستمر.

المعيار

SQE.8.1 يدرّب العاملون الذين يقدّمون الرعاية للمرضى وغيرهم من العاملين الذين تحددهم المؤسسة ويظهرون الكفاءة الملائمة في أساليب الإنعاش.

نية المعيار SQE.8.1

تحدّد كل مؤسسة العاملين الذين يدرّبون على أساليب الإنعاش ومستوى التدريب (أساسي أو متقدّم) الملائمة لدورهم في المؤسسة.

يكرّر المستوى الملائم لتدريب العاملين المحددين كل سنتين. وثمة دليل يبين إذا كان كل من العاملين الذين يحضرون التدريب قد حققوا مستوى الكفاءة المرغوب.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.8.1

☐ 1. تحديد العاملين الذين يقدمون الرعاية للمرضى والعاملين الآخرين الذين تحددهم المؤسسة لكي يتدرّبوا على دعم الحياة القلبية.

☐ 2. تقديم المستوى الملائم من التدريب بوتيرة كافية لتلبية احتياجات العاملين.

☐ 3. وجود دليل يبين إذا كان عضو الهيئة العاملة قد نجح في التدريب.

☐ 4. تكرّر مستوى التدريب المرغوب لكل شخص كل سنتين.

المعيار

SQE.8.2 تقدّم المؤسسة التسهيلات والوقت لتعليم العاملين وتدريبهم.

نية المعيار SQE.8.2

يدعم قادة المؤسسة الالتزام بالتعليم المستمر في أثناء الخدمة بتوفير المكان والمعدات والوقت لبرامج التعليم والتدريب. ويدعم توافر المعلومات العلمية التعليم والتدريب.

يمكن أن يتم التعليم والتدريب في موقع مركزي أو في عدة مواقع صغيرة للتعليم وتطوير المهارات في المرفق. ويمكن تقديم التعليم مرة واحدة للجميع أو تكراره للعاملين على أساس المناوبة لتقليل التأثير على أنشطة رعاية المرضى.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.8.2

- ☐ 1. أن تقدّم المؤسسة التسهيلات والمعدات لتعليم العاملين في أثناء الخدمة وتدريبهم.
- ☐ 2. أن تتيح المؤسسة الوقت لكل العاملين للمشاركة في فرص التعليم والتدريب.

المعيار

SQE.8.3 توجّه المقياسات التعليمية التي يحدّدها البرنامج الأكاديمي الراعي، التعليم الصحي المهني عندما يقدّم داخل المؤسسة.

نية المعيار SQE.8.3

غالباً ما تكون مؤسسات الرعاية الصحية الموقع السريري للتدريب الطبي والتمريضي وتدريب الطلاب المساعدين الصحيين وغيرهم. وعندما تساهم المؤسسة في مثل هذه البرامج التدريبية، فإنّها

- توفّر آليات الإشراف على البرامج
- تحصل مقياسات رعاية البرنامج الأكاديمي وتقبلها
- تحتفظ بسجل كامل لكل المتدرّبين داخل المؤسسة
- توثّق وضعية الالتحاق أو الترخيص (انظر المسرد أيضاً) أو الشهادات (انظر المسرد أيضاً) المتحققة، والتصنيف الأكاديمي للمتدرّبين
- تدرك المستوى المطلوب للإشراف على كل نوع ومستوى للمتدرّبين وتقدّمه
- تدمج المتدرّبين في توجيه المؤسسة وجودتها وسلامة المرضى والوقاية من العدوى والسيطرة عليها وغيرها من البرامج

العناصر المقيسة للمعيار SQE.8.3

- ☐ 1. أن تقدّم المؤسسة آليات الإشراف على البرامج التدريبية.
- ☐ 2. أن تحصل المؤسسة على مقياسات رعاية البرنامج الأكاديمي وتقبلها.
- ☐ 3. وجود سجل كامل لكل المتدرّبين داخل المؤسسة.
- ☐ 4. أن توثّق المؤسسة وضعية الالتحاق أو الترخيص أو الشهادات المتحققة، والتصنيف الأكاديمي للمتدرّبين.
- ☐ 5. أن تدرك المؤسسة المستوى المطلوب للإشراف على كل نوع ومستوى للمتدرّبين وتقدّمه.
- ☐ 6. أن تدمج المؤسسة المتدرّبين في توجيهها وجودتها وسلامة المرضى والوقاية من العدوى والسيطرة عليها وغيرها من البرامج.

المعيار

SQE.8.4 تقدّم المؤسسة برنامجاً لصحة العاملين وسلامتهم.

نية المعيار SQE.8.4

إنّ صحة العاملين في المؤسسة وسلامتهم مهمة للمحافظة على صحة العاملين ورضاهم وإنتاجيتهم. كما أنّ سلامة العاملين جزء من برنامج جودة المؤسسة وسلامة المرضى. فكيف توجّه المؤسسة عامليها وتدرّبهم وتقدّم لهم مكان عمل سالماً، وتحافظ على المعدات الحيوية الطبية وغيرها من المعدات، وتتجنّب العدوى المرافقة للرعاية الصحية وتسيطر عليها (انظر أيضاً PCI.5.1، العنصر المقيس 2).

يمكن أن يكون موقع برنامج صحة العاملين وسلامتهم داخل المؤسسة أو يتكامل مع برامج خارجية. وأياً يكن العاملون وهيكلية البرنامج، فإنّ العاملين يعرفون كيف يفيدون عن الإصابات مثل شكات الإبر والتعرّض للأمراض المعدية ويعالجون منها ويتلقون المشورة والمتابعة، ويحددون المخاطر والحالات الخطيرة في المرفق وغيرها من مسائل الصحة والسلامة. وقد يقدّم البرنامج التحرّي الصحي الأولي للتوظيف، والتمنيع الوقائي والفحوصات الدورية، والمعالجة من الحالات الشائعة ذات العلاقة بالعمل، مثل إصابات الظهر أو الإصابات الأكثر إلحاحاً.

يشمل تصميم البرنامج مدخلات العاملين ويستفيد من الموارد السريرية للمؤسسة فضلاً عن موارد المجتمع.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.8.4

- ☐ 1. أن يخطط قادة المؤسسة وعاملوها لبرنامج الصحة والسلامة.
- ☐ 2. استجابة البرنامج لاحتياجات الموظفين الملحة وغير الملحة من خلال المعالجة المباشرة والإحالة (انظر المسرد أيضاً).
- ☐ 3. ترشد بيانات البرنامج برنامج الجودة والسلامة في المؤسسة.
- ☐ 4. وجود سياسة لتقديم اللقاح والتمنيع للعاملين.
- ☐ 5. وجود سياسة لتقييم العاملين المعرّضين للأمراض المعدية وتقديم المشورة إليهم ومتابعتهم، وتنسيق هذه السياسة مع برنامج الوقاية من العدوى والسيطرة عليها (انظر أيضاً PCI.5، العنصر المقيس 2).

الكادر الطبي

المعيار

SQE.9 يوجد آلية فعالة لدى المؤسسة لجمع الأوراق الثبوتية والتحقق منها (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) الخاصة بالهيئة الطبية المخولة بتقديم الرعاية للمرضى بدون إشراف.

نية المعيار SQE.9

يمثل الأطباء وأطباء الأسنان المصرّح لهم بتقديم الرعاية للمرضى بدون إشراف سريري المسؤولين بالدرجة الأولى عن رعاية المرضى ونتائج الرعاية (انظر المسرد أيضاً). ومن ثم فإنّ المؤسسة تتحلى بأعلى مستوى من المساءلة لضمان أن يكون كلاً من هؤلاء الممارسين مؤهلاً لتقديم الرعاية والمعالجة السليمة والفعالة للمرضى.

تتولى المؤسسة المسؤولية عن طريق

- فهم القوانين والأنظمة المطبقة التي تحدد من يسمح لهم بالعمل باستقلالية وتؤكّد أن المؤسسة ستسمح أيضاً لمثل هؤلاء الممارسين بالعمل باستقلالية داخل المؤسسة
- جمع كل الوثائق الثبوتية عن الممارس بما في ذلك، على الأقل، الدليل على التعليم والتدريب، والدليل على الترخيص الحالي، والدليل على الكفاءة الراهنة من خلال المعلومات من مؤسسات أخرى عمل فيها الممارس، وكذلك رسائل التوصية و/أو معلومات أخرى قد تطلبها المؤسسة مثل السجل الصحي، إلخ
- التحقّق من المعلومات الضرورية مثل السجل الحالي أو الترخيص، وبخاصة الوثائق التي تجدّد بشكل دوري، وأي شهادة أو دليل على إكمال الدراسة العليا.

على المؤسسة أن تبذل كل الجهود للتحقّق من المعلومات الضرورية، حتى إذا كان التعليم في بلد آخر قبل مدة طويلة. ويمكن استخدام مواقع الإنترنت الآمنة، والتوكيد الهاتفي الموثّق من المصدر، والتوكيد الخطي، والأطراف الثالثة، مثل هيئة حكومية رسمية أو غير حكومية مسمّاة.

تعتبر الأوضاع التالية بدائل مقبولة للمؤسسة التي تؤدي التحقق من المصدر الأولي (انظر المسرد أيضاً) للوثائق الثبوتية:

- ☐ 1. ينطبق على المستشفيات التي تشرف عليها الهيئات الحكومية بشكل مباشر، آلية التحقيق الحكومية، مدعومة بتوافر الأنظمة الحكومية الشفافة الخاصة بالتحقّق من المصدر الأولي، بالإضافة إلى الترخيص الحكومي ومنح وضعية خاصة مقبولة (مثل المستشار والاختصاصي، إلخ).
- ☐ 2. ينطبق على كل المستشفيات، وجود مستشفى متنسب أجرى بالفعل تحقّقاً من المصدر الأولي للمرشح، ويكون ذلك التحقق مقبولاً ما دام المستشفى المتنسب معتمداً من اللجنة المشتركة الدولية مع "الامتثال التام" لآلية التحقق الموجودة في SQE.9، العنصر المقيس 2.
- ☐ 3. ينطبق على كل المستشفيات، التحقّق من الوثائق الثبوتية من قبل طرف ثالث مثل هيئة حكومية رسمية أو غير حكومية مسماة ما دامت تنطبق الشروط التالية: أي مستشفى يستند في قراراته جزئياً على معلومات من هيئة حكومية رسمية أو غير حكومية مسماة يجب أن يكون واثقاً في اكتمال تلك المعلومات ودقتها وملاءمة توقيتها. لتحقيق هذا المستوى من الثقة في المعلومات، على المستشفى أن يقيم الهيئة التي توفّر المعلومات في البداية ثم دورياً عند الاقتضاء. وتشمل المبادئ التي ترشد التقييم ما يلي:

- تبلغ الهيئة المستخدم ما هي البيانات والمعلومات التي يمكن أن تقدمها.
- تقدّم الهيئة توثيقاً إلى المستخدم يصف كيفية أداء عمليات جمع البيانات والمعلومات وتطويرها والتحقق منها.
- اتفاق المستخدم والهيئة على صيغة نقل المعلومات عن الأوراق الثبوتية للفرد من الهيئة.
- تمكّن المستخدم بسهولة من التمييز أي المعلومات التي نقلتها الهيئة مستقاة من مصدر أولي وأيها غير ذلك.
- عندما تنقل المؤسسة معلومات يمكن أن تتقادم، فإنّها تعطي تاريخ آخر تحديث للمعلومات من المصدر الأولي.
- تؤكد الهيئة أن المعلومات المنقولة إلى المستخدم تعرض بدقة المعلومات التي حصلت عليها.
- يستطيع المستخدم أن يميّز إذا كانت المعلومات التي نقلتها الهيئة من مصدر أولي هي كل المعلومات المتعلّقة ببند معين في حوزة الهيئة، وإذا لم يكن كذلك، من أين يمكن الحصول على معلومات إضافية.
- يمكن أن يشرك المستخدم عند اللزوم آليات مراقبة الجودة لدى الهيئة لتبديد المخاوف بشأن أخطاء النقل، وعدم انسجامها أو مسائل البيانات الأخرى التي يمكن تحديدها بين الفينة والأخرى.
- وجود ترتيب رسمي للمستخدم مع الهيئة للإبلاغ عن أي تغيرات في معلومات الوثائق الثبوتية.

يتطلب الامتثال للمعايير أن يجري التحقّق من المصدر الأولي بالنسبة إلى

- الممارسين الجدد المتقدمين الذين يبدؤون قبل أربعة أشهر من مسح الاعتماد الأولي
- الممارسين الحاليين في فترة الثلاث سنوات لضمان إنجاز التحقّق من قبل مسح اعتماد المؤسسة كل ثلاث سنوات. وينجز ذلك وفقاً لخطة تمنح الأولوية للتحقق من الوثائق الثبوتية للممارسين الفاعلين الذين يقدّمون خدمات عالية المخاطر

عندما يكون التحقق غير ممكن، كما في حال فقدان السجلات في كارثة، يوثّق ذلك. تحتفظ المؤسسة بملف للوثائق الثبوتية لكل ممارس. وتنطبق العملية على كل أنواع العاملين ومستوياتهم (الموظفين والشرفيين وعاملي المجتمع الخاصين).

تراجع المؤسسة ملف كل عضو في الهيئة العاملة الطبية عند التعيين الأولي وكل ثلاث سنوات على الأقل، لضمان أن يكون عضو الهيئة العاملة الطبية مجازاً حالياً، وغير معرض للإجراءات التأديبية لهيئات الإجازة ومنح الشهادات، ولديه الوثائق الكافية للحصول على امتيازات أو واجبات جديدة أو موسعة، وأنّه قادر بدنياً وعقلياً على تقديم الرعاية والمعالجة للمرضى بدون إشراف.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.9

☐ 1. تحديد من يسمح لهم القانون والنظام والمؤسسة بتقديم الرعاية للمرضى بدون إشراف.
☐ 2. توثيق الترخيص والتعليم والتدريب والتحقق منها وفقاً للمقياسات الموجودة في إعلان النوايا.
☐ 3. المحافظة على سجل منفصل للوثائق الثبوتية لكل العاملين يحتوي على نسخ من الإجازة المطلوبة أو الشهادة أو التسجيل وغيرها من الوثائق المطلوبة من قبل المؤسسة.
☐ 4. أن يكون الترخيص أو الشهادة أو التسجيل حديثاً.
☐ 5. وجود إجراء قياسي لمراجعة كل سجل كل ثلاث سنوات على الأقل.
☐ 6. عند التعيين الأولي وكل ثلاث سنوات على الأقل، يتمّ التقرير بشأن مؤهلات الشخص الذي يقدّم الرعاية للمرضى.

المعيار

SQE.10 يوجد لدى المؤسسة إجراء موحد/موضوعي قائم على الأدلة لتفويض كل أعضاء الهيئة الطبية بإدخال المرضى ومعالجتهم وتقديم الخدمات السريرية المنسجمة مع مؤهلاتهم.

نية المعيار SQE.10

إنّ تحديد الكفاءة السريرية الراهنة واتخاذ قرار بشأن ما هي الخدمات الطبية التي يسمح للعامل الطبي بأدائها، تسمى "منح الامتياز" (انظر المسرد أيضاً) في الغالب، هو التحديد الحاسم الذي تقدم عليه المؤسسة لحماية سلامة المرضى وتحسين جودة خدماتها السريرية.

☐ 1. تختار المؤسسة آلية قياسية لتحديد الخدمات السريرية التي يقدّمها كل شخص. عند التعيين الأولي في المؤسسة، تكون الوثائق الثبوتية المحددة في SQE.9 الأساس لتحديد الامتيازات. وينظر أيضاً في الرسائل من أماكن العمل السابقة، ومن الزملاء الاختصاصيين ومصادر المعلومات الأخرى.

☐ 2. عند إعادة التعيين كل ثلاث سنوات، تسعى المؤسسة للحصول على معلومات في مجالات الكفاءة العامة التالية للممارسين السريريين:

أ. رعاية المرضى – يقدّم الممارس الرعاية للمرضى التي تتسم بالرحمة والملاءمة والفعالية لتحسين الصحة والوقاية من المرض ومعالجة المرض والرعاية عند نهاية الحياة.

ب. المعرفة الطبية/السريرية – للعلوم الطبية الحيوية والسريرية والاجتماعية القائمة والمتطوّرة، وتطبيق المعرفة على رعاية المرضى وتعليم الآخرين.

ج. التعلّم والتحسّن القائم على الممارسة – استخدام الدليل العلمي (انظر أيضاً "الممارسات القائمة على الأدلة" في المسرد) وطرق تحري ممارسات رعاية المرضى وتقييمها وتحسينها.

د. مهارات التواصل بين الأشخاص – يمكّنهم ذلك من إقامة علاقات مهنية مع المرضى والعائلات والأعضاء الآخرين في فرق الرعاية الصحية والمحافظة عليها.

هـ. المهنية – تنعكس في الالتزام بالتطوّر المهني المستمر، والممارسة الأخلاقية، وفهم وحساسية للتنوّع وموقف مسؤول تجاه المرضى ومهنتهم والمجتمع.

و. الممارسات القائمة على النظام – من خلال فهم الأطر والأنظمة التي تقدّم فيها الرعاية.

ثمة هدف قياسي وإجراء قائم على الأدلة (انظر المسرد أيضاً) لتحويل كل هذه المعلومات إلى قرار يتعلّق بامتيازات الممارس. يوثّق الإجراء في السياسات ويتبع. ويستطيع قادة الهيئة الطبية أن يظهروا كيف كان الإجراء فعالاً في عملية التعيين الأولية وفي عملية إعادة التعيين.

عندما تحدّد الامتيازات السريرية أو يعاد تحديدها، تتوافر عنها نسخة ورقية أو إلكترونية أو غيرها لدى الأشخاص أو المواقع (غرفة العمليات وقسم الطوارئ مثلاً) التي سيقدّم فيها عضو الهيئة العاملة الطبية الخدمات في المؤسسة. وتساعد هذه المعلومات في ضمان أن تكون ممارسة العامل الطبي ضمن حدود كفاءتهم وامتيازاتهم. وتحدّث المعلومات بشكل دوري عند الاقتضاء.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.10

☐ 1. وجود إجراء قياسي لمنح الامتيازات إلى الممارسين عند التعيين الأولي وعند إعادة التعيين (انظر أيضاً AOP.3، العنصر المقيس 5 وMMU.4.2، العنصر المقيس 2).

☐ 2. توثيق الإجراء في السياسات، واتباعه، وإمكانية بيان كيفية التوصّل إلى قرارات منح الامتياز.

☐ 3. أن ينظر الإجراء في مصادر المعلومات كما هو محدد في النية فيما يتصل بالممارس، وأن تنظر أيضاً في نتائج مراجعة الأداء السنوي للممارس.

☐ 4. الإبلاغ عن الامتيازات الممنوحة لكل عضو في الهيئة العاملة إلى الأشخاص المناسبين والوحدات في المؤسسة وتحديثها عند الاقتضاء.

المعيار

SQE.11 وجود ممارسة مهنية متواصلة لتقييم جودة وسلامة الرعاية السريرية التي تقدمها الهيئة الطبية.

نية المعيار SQE.11

ثمة آلية قياسية لجمع البيانات ذات الصلة عن كل ممارس، سنوياً على الأقل، ليراجعها رئيس الدائرة المعنية أو الهيئة العاملة الطبية. وتتيح مثل هذه المراجعة للمؤسسة تحديد اتجاهات الممارسة التي تؤثر على جودة الرعاية (انظر المسرد أيضاً) وسلامة المرضى. وتشمل المعايير المستخدمة في تقييم الممارسة المهنية المستمر ما يلي دون أن تقتصر عليه:

- مراجعة الإجراءات الجراحية والسريرية الأخرى المؤداة ونتائجها
- أنماط استخدام الدم والمواد الصيدلانية

- طلبات الاختبارات والإجراءات
- أنماط مدة الإقامة
- بيانات عن الأخطاء الطبية والوفيات
- استخدام الممارس للاستشارة والاختصاصيين
- المعايير الأخرى ذات الصلة كما تحددها المؤسسة

يمكن الحصول على هذه المعلومات من خلال ما يلي:

- المراجعة الدورية لملفات المرضى
- الملاحظة المباشرة (انظر المسرد أيضاً)
- مراقبة أساليب التشخيص والعلاج
- مراقبة الجودة السريرية
- النقاش مع الزملاء والعاملين الآخرين

تجري سلطة داخلية وخارجية ملائمة تقيم أنشطة أعضاء الهيئة الطبية الكبار ورؤساء الأقسام.

تكون عملية التقييم المستمر للممارسة المهنية موضوعية وقائمة على الأدلة. ويمكن أن تكون نتيجة عملية المراجعة عدم حدوث تغير في مسؤوليات أعضاء الهيئة العاملة الطبية، أو توسيع المسؤوليات، أو الحدّ من المسؤوليات، أو فترة من الاستشارة أو سواها من الإجراءات الملائمة. وعندما يظهر أي دليل على ضعف الأداء أو تثار حوله الشكوك، تتم المراجعة وتتخذ الإجراءات المناسبة. وتوثّق نتائج المراجعات والإجراءات المتخذة وأي تأثير على الامتيازات في الوثائق الثبوتية لعضو الهيئة الطبية العاملة أو غيره من الملفات.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.11

- ☐ 1. التقييم المستمر للممارسة المهنية لكل عضو في الهيئة العاملة الطبية، ويشمل هذا التقييم عندما تشير إلى ذلك النتائج أنشطة تحسين الجودة (انظر أيضاً QPS.1.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن ينظر التقييم المستمر للممارسة المهنية لكل عضو في الكادر الطبي الأدلة المتوافرة سنوياً على الأقل من خلال إجراء قياسي قائم في المؤسسة.
- ☐ 3. توثيق المعلومات الملائمة الناجمة عن عملية تقيم الممارسة السريرية في الوثائق الثبوتية لعضو الهيئة العاملة الطبية أو غيرها من الملفات.

الكادر الطبي

المعيار

SQE.12 يوجد لدى المؤسسة آلية فعالة لجمع الأوراق الثبوتية للكادر التمريضي (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) والتحقّق منها وتقييمها.

نية المعيار SQE.12

على المؤسسة ضمان وجود عاملين تمريضيين مؤهلين يتوافقون بشكل ملائم مع رسالتها ومواردها واحتياجات المرضى. يضطلع الكادر التمريضي بمسؤولية تقديم الرعاية المباشرة للمرضى. كما أنّ الرعاية التمريضية تسهم في النتائج الإجمالية للمرضى. وعلى المؤسسة ضمان أن يكون المرضون مؤهلين لتقديم الرعاية التمريضية وأن تحدد أنواع الرعاية التي يسمح لهم بتقديمها إذا لم تحددها القوانين والأنظمة. وتضمن المؤسسة أن يكون كل ممرض مؤهل لتقديم الرعاية والمعالجة الآمنة والفعالة للمرضى عن طريق

- فهم القوانين والأنظمة المطبقة التي تنطبق على المرضين والممارسة التمريضية
- جمع كل الوثائق الثبوتية المتوافرة عن كل ممرّض بما في ذلك، على الأقل
  - الدليل على التعليم والتدريب

  - الدليل على الإجازة الحالية
  - الدليل على الكفاءة الراهنة من خلال المعلومات من مصادر أخرى عمل فيها الممارس
  - رسائل التوصية و/أو معلومات أخرى قد تطلبها المؤسسة مثل السجل الصحي، إلخ
- التحقّق من المعلومات الضرورية مثل السجل الحالي أو الترخيص، وبخاصة الوثائق التي تجدّد بشكل دوري، وأي شهادة أو دليل على إكمال التعليم المتقدم أو الاختصاصي.

على المؤسسة أن تبذل كل الجهود للتحقّق من المعلومات الضرورية، حتى إذا كان التعليم في بلد آخر قبل مدة طويلة. ويمكن استخدام مواقع الإنترنت الآمنة، والتوكيد الهاتفي الموثّق من المصدر، والتوكيد الخطي، والأطراف الثالثة، مثل هيئة حكومية رسمية أو غير حكومية مسمّاة.

تعتبر الظروف المذكورة بالنسبة للهيئة الطبية في بيان نوايا المعيار SQE.9 بدائل مقبولة للمؤسسة التي تقوم بالتحقق من المصدر الأولي للأوراق الثبوتية للممرّض.

يتطلّب الامتثال للمعايير أن يجرى التحقّق من المصدر الأولي بالنسبة إلى

- الممرضين الجدد المتقدمين الذين يبدؤون قبل أربعة أشهر من مسح الاعتماد الأولي
- الممرّضين المستخدمين حالياً في فترة الثلاث سنوات لضمان أن التحقّق ينجز من قبل مسح اعتماد المؤسسة كل ثلاث سنوات. وينجز ذلك وفقاً لخطة تمنح الأولوية للتحقق من الوثائق الثبوتية للممرضين الذين يقدّمون خدمات عالية المخاطر، مثل الذين يعملون في غرف العمليات أو قسم الطوارئ أو وحدة العناية المركّزة

عندما يكون التحقق غير ممكن، كما في حال فقدان السجلات في كارثة، يوثّق ذلك.

يكون لدى المؤسسة آلية تضمن جمع الأوراق الثبوتية لكل ممرّض متعاقد والتحقّق منها ومراجعتها لضمان الكفاءة السريرية الراهنة قبل التعيين.

تجمع المؤسسة ملفاً للوثائق الثبوتية لكل ممرض وتحتفظ بها. وتحتوي الملفات على الإجازات الحديثة عندما تتطلب الأنظمة التجديد الدوري. ويوثّق التدريب المتعلّق بأي كفاءات إضافية.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.12

- ☐ 1. وجود إجراء موحد لجمع الوثائق الثبوتية لكل عضو في الهيئة التمريضية.
- ☐ 2. توثيق الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة.
- ☐ 3. التحقّق من هذه المعلومات من المصدر الأصلي وفقاً للمقياسات الموجودة في بيان نية المعيار SQE.9.
- ☐ 4. وجود سجل منفصل للوثائق الثبوتية لكل عضو في الهيئة التمريضية
- ☐ 5. أن يكون لدى المؤسسة آلية لضمان صلاحية الوثائق الثبوتية للممرضين المتعاقد معهم واكتمالها قبل التعيين.

المعيار

SQE.13 يوجد لدى المؤسسة إجراء قياسي لتحديد مسؤوليات الأعمال وتعيين الأعمال السريرية استناداً إلى الأوراق الثبوتية للعاملين التمريضيين وأي متطلبات تنظيمية أخرى.

نية المعيار SQE.13

تقدّم مراجعة مؤهلات عضو الهيئة التمريضية الأساس لتعيين مسؤوليات العمل وأنشطة الرعاية السريرية. ويمكن وصف التعيين في مواصفات الوظيفة أو بطرق أو وثائق أخرى. وتنسجم التعيينات التي تجريها المؤسسة مع أي قانون أو نظام مطبق فيما يتعلّق بمسؤوليات الرعاية السريرية (انظر أيضاً MMU.6، العنصر المقيس 3).

العناصر المقيسة للمعيار SQE.13

- ☐ 1. استخدام ترخيص عضو الهيئة التمريضية وتعليمه وتدريبه وخبرته لتعيين الأعمال السريرية.
- ☐ 2. أن تأخذ العملية في الحسبان القوانين والأنظمة ذات الصلة.

المعيار

SQE.14 يوجد لدى المؤسسة إجراء قياسي لمشاركة العاملين التمريضيين في أنشطة تحسين الجودة في المؤسسة، بما فيها تقييم الأداء الفردي عند الحاجة.

نية المعيار SQE.14

يتطلب الدور السريري الضروري للهيئة التمريضية أن يشاركوا بنشاط في برنامج تحسين الجودة السريرية. وإذا أثيرت الشكوك في أي مرحلة في أثناء مراقبة الجودة السريرية وتقييمها وتحسينها بشأن أداء عضو في الهيئة التمريضية، يوجد لدى المؤسسة آلية لتقييم أداء ذلك الشخص. وتوثّق نتائج المراجعة والإجراءات المتخذة في الوثائق الثبوتية لعضو الهيئة التمريضية أو أي ملف آخر.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.14

- ☐ 1. مشاركة الهيئة التمريضية في أنشطة تحسين جودة المؤسسة (انظر أيضاً QPS.1.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. مراجعة أداء أعضاء الهيئة التمريضية كأفراد عندما تشير إلى ذلك نتائج أنشطة تحسين الجودة.
- ☐ 3. توثيق المعلومات الملائمة الناجمة عن عملية المراجعة في الوثائق الثبوتية للمرض أو غيرها من الملفات.

العاملون الصحيون المهنيون الآخرون

المعيار

SQE.15 يوجد لدي المؤسسة إجراء قياسي لجمع الأوراق الثبوتية للعاملين الصحيين المهنيين (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) والتحقّق منها وتقييمها.

نية المعيار SQE.15

تستخدم مؤسسة الرعاية الصحية العديد من المهنيين الصحيين الآخرين أو قد تسمح لهم بتقديم الرعاية والخدمات إلى مرضاها أو المشاركة في عمليات رعاية المرضى (انظر المسرد أيضاً). على سبيل المثال، يشمل هؤلاء المهنيون القابلات القانونيات، والمساعدين الجراحيين، واختصاصيي الرعاية الطبية الطارئة، والصيدلانيين، وفنيي الصيدليات. وفي بعض البلدان أو الثقافات، تشمل هذه المجموعة أيضاً المعالجين التقليديين أو الذين يعتبر أنهم يقدمون الخدمات التي تستكمل الممارسة الطبية التقليدية أو يقدمون بدائل لها (مثل الوخز بالإبر وطب الأعشاب). وغالباً ما لا يمارس هؤلاء الأشخاص عملهم في المؤسسة، بل يحيلون إلى المؤسسة أو يقدمون الرعاية المستمرة للمرضى أو المتابعة في المجتمع. يكمل العديد من هؤلاء الاختصاصيين برامج تدريبية رسمية ويحصلون على إجازة أو شهادة أو يسجّلون لدى السلطات المحلية أو الوطنية. ويمكن أن يكمل آخرون برامج تمهّن أقل رسمية أو يحصلون على خبرات تحت الإشراف.

تكون مؤسسة الرعاية الصحية مسؤولة عن جمع الوثائق الثبوتية للمهنيين الصحيين الآخرين الذين يسمح لهم بالعمل أو الممارسة في المؤسسة. وعلى المؤسسة أن تضمن أن تكون الهيئة الصحية المهنية مؤهلة لتقديم الرعاية والمعالجة ويجب أن تحدّد أنواع الرعاية المعالجة التي يسمح لهم بتقديمها إذا لم تكن محددة في القوانين والأنظمة. وتضمن المؤسسة أن يكون المهنيون الصحيون مؤهلين لتقديم الرعاية والمعالجة الآمنة والفعالة إلى المرضى عن طريق

- فهم القوانين والأنظمة التي تنطبق على مثل هؤلاء الممارسين
- جمع الوثائق الثبوتية المتوافرة عن كل فرد بما في ذلك على الأقل الدليل على التعليم والدليل على الترخيص الحالي أو الشهادة عندما تكون مطلوبة
- التحقق من المعلومات الضرورية مثل السجل الحالي أو الإجازة أو الشهادة

تحتاج المؤسسة إلى بذل كل جهد للتحقق من المعلومات ذات الصلة بمسؤوليات الفرد المقصود، حتى عندما يتم التعليم في بلد آخر وقبل وقت طويل. ويمكن استخدام مواقع الإنترنت الآمنة، والتوكيد الهاتفي الموثّق من المصدر، والتوكيد الخطي، والأطراف الثالثة، مثل هيئة حكومية رسمية أو غير حكومية مسمّاة.

تعتبر الظروف المذكورة للهيئة الطبية في بيان نية المعيار SQE.9 بدائل مقبولة للمؤسسة التي تؤدي التحقق من المصدر الأولي للوثائق الثبوتية للهيئة الصحية المهنية.

يتطلب الامتثال للمعايير أن يجرى التحقق من المصادر الأولية بالنسبة إلى

- الموظفين الجدد المتقدمين الذين يبدؤون قبل أربعة أشهر من مسح الاعتماد الأولي
- الموظفين المستخدمين حالياً في فترة الثلاث سنوات لضمان أن التحقّق ينجز من قبل مسح اعتماد المؤسسة كل ثلاث سنوات.

عندما لا يكون هناك آلية تعليم رسمية أو إجازة أو آلية تسجيل أو وثائق ثبوتية أخرى أو دليل على الكفاءة، يوثّق ذلك في سجل الفرد. وعندما يكون التحقق غير ممكن، كما في حال فقدان السجلات في كارثة، يوثّق ذلك في سجل الفرد أيضاً.

تجمع المؤسسة ملفاً للوثائق الثبوتية لكل ممرض وتحتفظ بها. وتحتوي الملفات على الإجازات الحديثة عندما تتطلب الأنظمة التجديد الدوري.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.15

- ☐ 1. وجود إجراء موحد لجمع الأوراق الثبوتية لكل عضو في هيئة المهنيين الصحيين.
- ☐ 2. توثيق الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة عندما يكون ذلك ذا صلة.
- ☐ 3. التحقّق من هذه المعلومات من المصدر الأصلي وفقاً للبارامترات الموجودة في بيان نية المعيار SQE.9.
- ☐ 4. وجود سجل منفصل للوثائق الثبوتية لكل عضو في هيئة المهنيين الصحيين.
- ☐ 5. أن يحتوي السجل على نسخ عن أي إجازة أو شهادة أو تسجيل مطلوب.

المعياران

SQE.16 يوجد لدى المؤسسة إجراء موحد لتحديد مسؤوليات العمل وتعيين الأعمال السريرية استناداً إلى الأوراق الثبوتية للعاملين الصحيين المهنيين وأي متطلبات تنظيمية أخرى.

SQE.17 يوجد لدى المؤسسة آلية فعّالة لمشاركة العاملين الصحيين المهنيين في أنشطة تحسين الجودة في المؤسسة.

نية المعيارين SQE.16 وSQE.17

تكون المؤسسة مسؤولة عن تحديد أنواع الأنشطة أو مجالات الخدمات التي يقدّمها هؤلاء الأشخاص في المؤسسة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال الاتفاقات أو تكليفات العمل أو توصيفات الوظائف أو طرق أخرى. كما تحدّد المؤسسة مستوى الإشراف (المنسجم مع القانون والنظام القائم)، إذا وجد، على هؤلاء المهنيين.

يشرك مهنيون صحيون آخرون في برنامج إدارة الجودة وتحسينها في المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.16

- ☐ 1. استخدام ترخيص أعضاء هيئة المهنيين الصحيين الآخرين وتعليمهم وتدريبهم وخبرتهم لتكليفهم بالعمل السريري.
- ☐ 2. أن تأخذ الآلية القوانين والأنظمة ذات الصلة في الحسبان.

العناصر المقيسة للمعيار SQE.17

- ☐ 1. مشاركة أعضاء هيئة المهنيين الصحيين الآخرين في أنشطة تحسين جودة المؤسسة (انظر أيضاً QPS.1.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. مراجعة أداء أعضاء هيئة المهنيين الصحيين الآخرين عندما تشير إلى ذلك نتائج أنشطة تحسين الجودة.
- ☐ 3. توثيق المعلومات الملائمة من آلية المراجعة في ملف المهني الصحي.

◥ إدارة الاتصالات والمعلومات (MCI)

نظرة عامة

إنّ تقديم الرعاية للمرضى مسعى معقّد يعتمد كثيراً على إبلاغ المعلومات. ويكون هذا الإبلاغ إلى المجتمع والمرضى وعائلاتهم والمهنيين الصحيين الآخرين ومنهم. ويعد القصور في الاتصالات أحد الأسباب الأكثر شيوعاً لحوادث السلامة التي يتعرّض لها المرضى.

لتوفير الخدمات وتنسيقها وتكاملها، تعتمد مؤسسات الرعاية الصحية على معلومات عن علم الرعاية، والمرضى الأفراد، والرعاية المقدمة، وعن أدائها. والمعلومات، على نحو البشر، والمواد والموارد المالية، مصدر يجب أن يديره قادة المؤسسة بشكل فعال. وتسعى كل مؤسسة إلى الحصول على المعلومات وإدارتها واستخدامها لتحسين نتائج المرضى (انظر المسرد أيضاً)، بالإضافة إلى أداء الأفراد وأدائها الإجمالي. ومع مرور الوقت، تصبح المؤسسة فعالة أكثر في

- تحديد ما تحتاج إليه من معلومات
- تصميم نظام لإدارة المعلومات
- تحديد البيانات (انظر المسرد أيضاً) وحيازتها
- تحليل البيانات وتحويلها إلى معلومات
- نقل البيانات والمعلومات والإفادة عنها
- تكامل المعلومات واستخدامها

على الرغم من أن الحوسبة والوسائل التكنولوجية الأخرى ترفع الكفاءة (انظر المسرد أيضاً)، فإنّ مبادئ الإدارة الجيدة للمعلومات (انظر المسرد أيضاً) تنطبق على كل الأساليب، سواء أكانت ورقية أم إلكترونية. وتصمّم هذه المعايير لكي تكون منسجمة مع الأنظمة غير المحوسبة وتكنولوجيات المستقبل.

المعايير

MCI.1 تتواصل المؤسسة مع المجتمع لتسهيل الحصول على الرعاية والحصول على المعلومات عن الخدمات التي تقدّمها لرعاية المرضى.

MCI.2 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.

MCI.3 يتمّ التواصل مع المرضى وعائلاتهم وتعليمهم بصيغة ولغة مفهومتين.

MCI.4 الاتصال الفعال في كل أقسام المؤسسة.

MCI.5 يضمن القادة وجود اتصال وتنسيق فعال بين الأشخاص والأقسام المسؤولين عن تقديم الخدمات السريرية.

MCI.6 تبلغ المعلومات عن رعاية المريض والاستجابة إليها إلى مقدمي الرعاية الطبية والتمريضية وغيرهم في كل نوبة عمل للهيئة العاملة وبين نوبات العمل.

MCI.7 تكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية.

MCI.8 تحال المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينقل إلى مؤسسة أخرى.

MCI.9 تخطط المؤسسة آليات إدارة المعلومات وتصممها لتلبية الاحتياجات الداخلية والخارجية إلى المعلومات.

MCI.10 تحفظ خصوصية المعلومات وسريتها.

MCI.11 يحفظ أمن المعلومات، بما في ذلك سلامة البيانات.

MCI.12 يوجد لدى المؤسسة سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات.

MCI.13 تستخدم المؤسسة رموز تشخيص قياسية، ورموز اختصارات، ورموزاً، ومختصرات، وتعريفاتها.

MCI.14 تلبّى احتياجات الأشخاص داخل المؤسسة وخارجها إلى البيانات والمعلومات في الوقت المناسب بصيغة تفي بتوقّعات المستخدم وبالوتيرة المرغوبة.

MCI.15 يشارك أعضاء الهيئة العاملة الملائمون، السريريون والإداريون، في انتقاء تكنولوجيا إدارة المعلومات وتكاملها واستخدامها.

MCI.16 حماية السجلات والمعلومات من الفقدان والتلف والعبث بها والحصول عليها دون تصريح.

MCI.17 تعليم متخذي القرارات وغيرهم من أعضاء الهيئة العاملة الملائمين وتدريبهم على مبادئ إدارة المعلومات.

MCI.18 تحدّد سياسة أو بروتوكول خطي متطلّبات وضع السياسات والإجراءات وصيانتها.

MCI.19 تنشئ المؤسسة سجلاً سريرياً لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته وتصونه.

MCI.19.1 يحتوي السجل السريري على معلومات كافية لتحديد المريض، ودعم التشخيص، وتبرير العلاج، وتوثيق مسار المعالجة ونتائجها، وتعزيز استمرار الرعاية بين مقدمي الرعاية الصحية

MCI.19.1.1 يشمل السجل السريري لكل مريض يتلقى رعاية طارئة وقت الوصول، والنتائج عند انتهاء المعالجة، وحالة المريض عند تخريجه، وتعليمات متابعة الرعاية.

MCI.19.2 تحدّد سياسة المؤسسة الأشخاص المخوّلين إدخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته.

MCI.19.3 يحدد كل مدخل في السجل السريري للمريض كاتبه وتاريخ كتابته في السجل.

MCI.19.4 تقيّم المؤسسة بانتظام محتوى السجلات السريرية للمرضى واكتمالها كجزء من أنشطة تحسين أدائها.

MCI.20 تدعم البيانات والمعلومات المجمّعة رعاية المرضى، وإدارة المؤسسة، وبرنامج إدارة الجودة.

MCI.20.1 توجد آلية في المؤسسة لجمع البيانات، وتحدّد المؤسسة ما هي البيانات والمعلومات التي تجمع بانتظام لتلبية احتياجات الهيئة العاملة الطبية والسريرية فيها والهيئات خارجها.

MCI.20.2 تدعم المؤسسة رعاية المرضى، والتعليم، والأبحاث، والإدارة بالمعلومات من مصادر حديثة في الوقت المناسب.

MCI.20.3 يوجد في المؤسسة آلية لاستخدام قواعد البيانات الخارجية أو المشاركة فيها.

المعايير والنوايا والعناصر المقيسة

الاتصال بالمجتمع

المعيار

MCI.1 تتواصل المؤسسة مع المجتمع لتسهيل الحصول على الرعاية والحصول على المعلومات عن الخدمات التي تقدّمها لرعاية المرضى.

نية المعيار MCI.1

تحدّد مؤسسات الرعاية الصحية مجتمعاتها وجماعات مرضاها وتخطط للاتصال المستمر بهاتين المجموعتين الرئيسيتين. وقد تكون الاتصالات مباشرة مع الأفراد أو عبر وسائل الإعلام، وعبر هيئات في المجتمع أو أطراف ثالثة. وتشكل أنواع المعلومات المنقولة

- معلومات عن الخدمات وساعات العمل وآلية الحصول على الرعاية
- معلومات عن جودة الخدمات المقدمة إلى الجمهور وإلى مصادر الإحالة (انظر المسرد أيضاً)

العناصر المقيسة للمعيار MCI.1

- ☐ 1. أن تحدّد المؤسسة مجتمعاته والجماعات المعنية.
- ☐ 2. أن تنفذ المؤسسة استراتيجية اتصال بهذه الجماعات.
- ☐ 3. أن تقدّم المؤسسة المعلومات عن خدماتها، وساعات عملها، وآلية الحصول على الرعاية (انظر أيضاً GLD.3.1).
- ☐ 4. أن تقدم المؤسسة معلومات عن جودة خدماتها.

الاتصال بالمرضى وعائلاتهم

المعيار

MCI.2 تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.

نية المعيار MCI.2

يحتاج المرضى وعائلاتهم إلى معلومات كاملة عن الرعاية والخدمات التي تقدمها المؤسسة بالإضافة إلى كيفية الحصول على هذه الخدمات. وتقديم مثل هذه المعلومات ضروري لإقامة اتصال منفتح وموثوق بين المؤسسة والمرضى وعائلاتهم. تساعد هذه المعلومات في التوفيق بين توقّعات المرضى وعائلاتهم وقدرة المؤسسة على تلبية هذه التوقعات. وتقدّم معلومات عن مصادر الرعاية والخدمات البديلة عندما تتجاوز الرعاية المطلوبة رسالة المؤسسة (انظر أيضاً "بيان الرسالة" في المسرد) وقدراتها (انظر أيضاً ACC.1.2، العنصر المقيس 1).

العناصر المقيسة للمعيار MCI.2

- ☐ 1. تقديم المعلومات إلى المرضى وعائلاتهم عن الرعاية والخدمات التي تقدّمها المؤسسة (ACC.1.2، العنصر المقيس 2).
- ☐ 2. تقديم المعلومات إلى المرضى وعائلاتهم عن كيفية الحصول على الخدمات في المؤسسة (ACC.1.2، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. تقديم معلومات عن مصادر الرعاية والخدمات البديلة عندما لا تستطيع المؤسسة تقديم هذه الرعاية أو الخدمات.

المعيار

MCI.3 يتمّ التواصل مع المرضى وعائلاتهم وتعليمهم بصيغة ولغة مفهومتين.

نية المعيار MCI.3

لا يستطيع المرضى اتخاذ قرارات رشيدة والمشاركة في عملية الرعاية إلا إذا فهموا المعلومات المقدّمة لهم. ومن ثم يجب إيلاء عناية خاصة للصيغة واللغة المستخدمتين في التواصل مع المرضى وعائلاتهم وتقديم التعليم لهم. يستجيب المرضى بشكل مختلف للتعليمات الشفهية، والمواد المطبوعة، وأشرطة الفيديو، والعروض، إلخ. ومن المهم أيضاً فهم اللغة المفضلة. وفي بعض الأحيان، قد يكون على أفراد العائلة (انظر المسرد أيضاً) أو المترجمين المساعدة في التعليم أو ترجمة المواد. كما من المهم إدراك حدود الأطفال في العمل كمترجمين لإيصال المعلومات السريرية المهمة والتعليم. وهكذا يجب ألا يستخدم الأطفال إلا كملاذ أخير. وعندما يستخدم أفراد من خارج العائلة للترجمة أو النقل الفوري، يجب أن يكونوا مطلعين على أي موانع لدى المريض من التواصل أو الاستيعاب (انظر أيضاً ACC.1.3؛ وPFE.3، العنصر المقيس 1؛ وPFE.5، العنصران المقيسان 1 و2؛ وPFR.5).

العناصر المقيسة للمعيار MCI.3

- ☐ 1. أن يكون التواصل مع المرضى وعائلاتهم وتعليمهم بصيغة مفهومة.
- ☐ 2. أن يكون التواصل مع المرضى وعائلاتهم وتعليمهم بلغة مفهومة.

الاتصال بين مقدمي الرعاية داخل المؤسسة وخارجها

المعيار

MCI.4 الاتصال الفعال في كل أقسام المؤسسة.

نية المعيار MCI.4

يعدّ التواصل الفعال داخل المؤسسة قضية من قضايا القيادة. ومن ثم يدرك قادة المؤسسة القوى المحرّكة للتواصل بين المجموعات المهنية، والوحدات البنيوية مثل الأقسام، بين المجموعات المهنية وغير المهنية، وبين المجموعات غير المهنية والمهنيين الصحيين والإدارة، وبين المهنيين الصحيين والعائلات والمؤسسات الخارجية. ولا يقوم قادة المؤسسة بتحديد مقاييس التواصل الفعال فحسب، بل يعملون بمثابة القدوة في الإبلاغ بفعالية عن رسالة المؤسسة واستراتيجيتها وخططها وغير ذلك من المعلومات الأخرى. ويولي القادة الاهتمام لدقة المعلومات في المؤسسة وتوقيتها المناسب.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.4

- ☐ 1. أن يضمن القادة وجود الآليات لإيصال المعلومات ذات الصلة داخل المؤسسة في الوقت المناسب (انظر أيضاً ACC.2، العنصر المقيس 1 وMMU.5.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. حدوث التواصل الفعال في المؤسسة بين برامج المؤسسة (انظر أيضاً ACC.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 3. حدوث الاتصال الفعال خارج المؤسسات (انظر أيضاً ACC.3.1، العنصران المقيسان 2 و3 وMMU.5.1، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. حدوث الاتصال الفعال مع المرضى وعائلاتهم (انظر أيضاً ACC.2، العنصر المقيس 4).
- ☐ 5. أن يبلّغ القادة رسالة المؤسسة وسياساتها وخططها وأهدافها الملائمة إلى العاملين كافة.

المعيار

MCI.5 يضمن القادة وجود اتصال وتنسيق فعال بين الأشخاص والأقسام المسؤولين عن تقديم الخدمات السريرية.

نية المعيار MCI.5

لتنسيق رعاية المرضى وتكاملها، يطوّر القادة ثقافة تشدّد على التعاون والاتصال. ويطوّر القادة أساليب رسمية (مثل اللجان الدائمة والفرق المشتركة) وغير الرسمية (مثل الرسائل الإخبارية والملصقات) لتعزيز الاتصال بين الخدمات وأعضاء الهيئة العاملة. ويتأتى تنسيق

الخدمات السريرية من فهم رسالة كل قسم وخدمات كل قسم والتعاون في وضع السياسات والإجراءات المشتركة. ويكون الاتصال سريري وغير سريري بطبيعته وفق ما تقتضيه الخدمات.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.5

- ☐ 1. أن يضمن القادة الاتصال الفعال والكفء بين الأقسام السريرية وغير السريرية، والخدمات، وأعضاء الهيئة العاملة (انظر أيضاً ACC.2، العنصر المقيس 1).
- ☐ 2. أن يعزّز القادة الاتصال في تقديم الخدمات السريرية.

المعيار

MCI.6 تبلغ المعلومات عن رعاية المريض والاستجابة إليها إلى مقدمي الرعاية الطبية والتمريضية وغيرهم في كل نوبة عمل للهيئة العاملة وبين نوبات العمل.

نية المعيار MCI.6

التواصل وتبادل المعلومات بين مهنيي الرعاية الصحية ضروري لسلاسة عملية الرعاية. يمكن تشارك المعلومات الضرورية بالوسائل الشفهية أو الكتابية أو الإلكترونية. وتقرّر كل مؤسسة ما المعلومات التي يجب إيصالها، وما هي الوسيلة، وما هي الوتيرة. وتشمل المعلومات التي تنقل بين مقدّم رعاية وآخر

- حالة المريض الصحية
- موجز عن الرعاية المقدمة
- استجابة المريض للرعاية

العناصر المقيسة للمعيار MCI.6

- ☐ 1. وجود آلية لنقل المعلومات عن المرضى بين مقدمي الرعاية بشكل مستمر، أو في أوقات رئيسية في عملية الرعاية (انظر AOP.1.4، العنصر المقيس 3).
- ☐ 2. أن تشمل المعلومات المنقولة حالة المريض الصحية.
- ☐ 3. أن تشمل المعلومات المنقولة موجزاً عن الرعاية المقدمة.
- ☐ 4. أن تشمل المعلومات المنقولة استجابة المريض للرعاية.

المعيار

MCI.7 تكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية.

نية المعيار MCI.7

سجلات المرضى (انظر المسرد أيضاً) مصدر أولي للمعلومات عن عملية الرعاية وتقدم المرضى، ومن ثم فإنّها أداة اتصال ضرورية. ولكي تكون هذه المعلومات مفيدة وتدعم استمرار رعاية المرضى، يجب أن تكون متاحة في أثناء رعاية المرضى، وزيارات المرضى الخارجيين، وفي أوقات حاجتها الأخرى، وتحديثها. وتكون ملاحظات الرعاية الطبية والتمريضية وغيرهما من رعاية المرضى متاحة إلى كل مقدّمي الرعاية للمرضى. وتحدّد سياسة المؤسسة مقدّمي الرعاية الذين يسمح لهم بالوصول إلى سجلات المرضى لضمان سرية (انظر المسرد أيضاً) المعلومات عن المرضى.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.7

- ☐ 1. أن تحدد السياسة من هم مقدّمو الرعاية الذين يسمح لهم بالوصول إلى سجلات المرضى.
- ☐ 2. أن تكون السجلات متاحة أمام مقدّمي الرعاية (انظر AOP.1.5، العنصر المقيس 2).
- ☐ 3. تحديث السجلات لضمان إيصال أحدث المعلومات.

المعيار

MCI.8 تحال المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينقل إلى مؤسسة أخرى.

نية المعيار MCI.8

تتكرّر إحالة (انظر المسرد أيضاً) المرضى داخل المؤسسة في أثناء الرعاية. وعندما يتغيّر فريق الرعاية نتيجة للإحالة، يتطلّب استمرار رعاية المريض أن تنقل معه المعلومات الأساسية المتصلة به. وهكذا يمكن استمرار الأدوية وغيرها من المعالجات دون انقطاع، ويمكن مراقبة (انظر المسرد أيضاً) حالة المريض بشكل ملائم. لإنجاز نقل هذه المعلومات، تنقل سجلات المريض أو توجز المعلومات الموجودة في سجل المريض عند إحالته. ويشمل مثل هذا الموجز سبب الإدخال، والنتائج المهمة، والتشخيص، والإجراءات المنفذة، والأدوية وغيرها من المعالجات، وحالة المريض عند إحالته.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.8

- ☐ 1. نقل سجل المريض أو موجز عن معلومات رعاية المريض مع المريض إلى خدمة أو وحدة أخرى في المؤسسة.
- ☐ 2. احتواء الموجز على أسباب الإدخال.
- ☐ 3. احتواء الموجز على النتائج المهمة.
- ☐ 4. احتواء الموجز على التشخيصات التي أجريت.
- ☐ 5. احتواء الموجز على الإجراءات التي نفّذت.
- ☐ 6. احتواء الموجز على الأدوية والمعالجات الأخرى.
- ☐ 7. احتواء الموجز على حالة المريض عند إحالته.

القيادة والتخطيط

المعيار

MCI.9 تخطط المؤسسة آليات إدارة المعلومات وتصممها لتلبية الاحتياجات الداخلية والخارجية إلى المعلومات.

نية المعيار MCI.9

تنتج المعلومات وتستخدم في أثناء رعاية المريض ولإدارة مؤسسة آمنة وفعّالة. وتتطلّب القدرة على التقاط المعلومات وتقديمها تخطيطاً فعّالاً. ويشمل التخطيط مدخلات من مصادر عديدة:

- مقدّمي الرعاية
- مديري المؤسسة وقادتها
- الأطراف خارج المؤسسة الذين يحتاجون إلى البيانات أو المعلومات تشغيل المؤسسة وآليات الرعاية فيها أو يطلبونها.

ينظر التخطيط أيضاً في رسالة المؤسسة والخدمات التي تقدّمها والحصول على التكنولوجيا التي يمكن شراؤها والدعم للاتصال الفعال بين مقدّمي الرعاية.

تؤثّر أولوية المعلومات التي تحتاج إليها هذه المصادر على استراتيجيات إدارة المعلومات في المؤسسة والقدرة على تنفيذ هذه الاستراتيجيات. وتكون الاستراتيجيات متلائمة مع حجم المؤسسة، وتعقيد خدماتها، وتوافر العاملين المدرّبين وسواهم من المصادر البشرية والتقنية. وتكون الخطة شاملة وتضم كل الأقسام والخدمات في المؤسسة.

لا يتطلب التخطيط لإدارة المعلومات خطة مكتوبة رسمية للمعلومات، لكنّه يتطلّب دليلاً على وجود نهج مخطّط يحدّد المعلومات التي تحتاج إليها المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.9

- ☐ 1. أخذ احتياجات مقدّمي الخدمات السريرية في الحسبان في أثناء عملية التخطيط.
- ☐ 2. أخذ احتياجات مديري المؤسسة في الحسبان في أثناء عملية التخطيط.
- ☐ 3. أخذ احتياجات الأشخاص والهيئات خارج المؤسسة ومتطلّباتهم في الحسبان في أثناء عملية التخطيط.
- ☐ 4. أن يكون التخطيط متلائماً مع حجم المؤسسة وتعقيدها.

المعيار

MCI.10 تحفظ خصوصية المعلومات وسريتها.

نية المعيار MCI.10

تحفظ المؤسسة خصوصية البيانات والمعلومات وسريتها، وتحرص على وجه الخصوص على الحفاظ على سرية البيانات والمعلومات الحساسة. ويتم التعامل مع التوازن بين تشارك البيانات وسريتها. وتحدّد المؤسسة مستوى الخصوصية والسرية المحفوظة للفئات المختلفة من المعلومات (على سبيل المثال، سجل المريض، بيانات الأبحاث).

العناصر المقيسة للمعيار MCI.10

- ☐ 1. وجود سياسة مكتوبة للتعامل مع خصوصية المعلومات وسريتها تستند إلى القانون والنظام وتنسجم معه.
- ☐ 2. تنفيذ السياسة.
- ☐ 3. مراقبة الامتثال للسياسة.
- ☐ 4. وجود سياسة لدى المؤسسة تشير إذا كان للمرضى فرصة الوصول إلى المعلومات الصحية المتعلقة بهم وآلية الحصول عليها عند السماح بذلك (انظر أيضاً PFR.1.6 النية).

المعيار

MCI.11 يحفظ أمن المعلومات، بما في ذلك سلامة البيانات.

نية المعيار MCI.11

تتعامل السياسات والإجراءات مع الإجراءات الأمنية التي تتيح للعاملين المخوّلين فقط فرصة الوصول إلى البيانات والمعلومات. ويستند الوصول إلى فئات المعلومات المختلفة إلى الحاجة ويعرّف بمسمى العمل ووظيفته، بما في ذلك الطلاب في الأماكن الأكاديمية. وتحدّد الآلية الفعّالة

- من يستطيع الوصول إلى المعلومات
- المعلومات التي يستطيع المرء الوصول إليها
- التزام المستخدم بالمحافظة على سرية المعلومات
- الآلية المتبعة عندما تخرق السرية والأمن

من أوجه المحافظة على أمن معلومات المرضى تحديد من المفوّض بالحصول على السجل السريري للمريض (انظر المسرد أيضاً) وكتابة المداخل فيه. تضع المؤسسة سياسة لتفويض مثل هؤلاء الأشخاص وتحدّد محتوى المداخل في السجلات السريرية للمرضى ونسقها. وثمة آلية لضمان عدم قيام أحد سوى الأشخاص المفوّضين بكتابة المداخل في السجلات السريرية للمرضى.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.11

- ☐ 1. وجود سياسة مكتوبة لدى المؤسسة للتعامل مع أمن المعلومات، بما في ذلك سلامة البيانات، تستند إلى القانون أو النظام أو تتسق معه.
- ☐ 2. أن تشمل السياسة مستويات أمن كل فئة من فئات المعلومات والبيانات.

- ☐ 3. تحديد من لديه الحاجة أو المنصب الذي يسمح بالوصول إلى كل فئة من فئات البيانات أو المعلومات.
- ☐ 4. تنفيذ السياسة.
- ☐ 5. مراقبة الامتثال للسياسة.

المعيار

MCI.12 يوجد لدى المؤسسة سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات.

نية المعيار MCI.12

تضع المؤسسة وتنفذ سياسة توجّه الاحتفاظ بالسجلات السريرية للمرضى وغيرها من المعلومات والبيانات. يحتفظ بالسجلات السريرية للمرضى وغيرها من المعلومات والبيانات فترات كافية للامتثال للقانون والنظام ودعم رعاية المرضى، والإدارة، والتوثيق القانوني، والأبحاث، والتعليم. وتتوافق سياسة الاحتفاظ بالسجلات مع سرية مثل هذه المعلومات وأمنها. وعند اكتمال فترة الاحتفاظ، تتلف السجلات السريرية للمرضى وغيرها من السجلات والبيانات والمعلومات بالشكل الملائم.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.12

- ☐ 1. وجود سياسة لدى المؤسسة بشأن الاحتفاظ بالسجلات السريرية للمرضى وغيرها من المعلومات والبيانات.
- ☐ 2. أن توفّر السياسة السرية والأمن المنتظرين.
- ☐ 3. إتلاف السجلات والبيانات والمعلومات بشكل ملائم.

المعيار

MCI.13 تستخدم المؤسسة رموز تشخيص موحدة، ورموز اختصارات، ورموزاً، ومختصرات، وتعريفاتها.

نية المعيار MCI.13

تسهّل المصطلحات والتعريفات والكلمات والتسميات الموحدة مقارنة البيانات والمعلومات داخل المؤسسة الواحدة وبين المؤسسات. والاستخدام المنتظم للتشخيص ورموز الإجراءات يدعم جمع البيانات وتحليها. وتكون المختصرات والرموز الموحدة أيضاً وتشمل لائحة المختصرات التي لا يمكن استعمالها (انظر المسرد أيضاً). ويكون مثل هذا التقنين منسجماً مع المعايير المحلية والوطنية المعترف بها.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.13

- ☐ 1. استخدام رموز تشخيص موحدة ومراقبة استخدامها.
- ☐ 2. استخدام رموز إجراءات موحدة ومراقبة استخدامها.
- ☐ 3. استخدام تعريفات موحدة.
- ☐ 4. استخدام رموز موحدة، وتحديد تلك التي لا تستخدم ومراقبتها.
- ☐ 5. استخدام مختصرات قياسية، وتحديد تلك التي لا تستخدم ومراقبتها.

المعيار

MCI.14 تلبّى احتياجات الأشخاص داخل المؤسسة وخارجها إلى البيانات والمعلومات في الوقت المناسب بصيغة تفي بتوقّعات المستخدم وبالوتيرة المرغوبة.

نية المعيار MCI.14

تكيّف صيغة توزيع البيانات والمعلومات على المستخدم المقصود وطرقها لكي تفي بتوقّعات المستخدم. وتشمل استراتيجيات التوزيع

- تقديم البيانات والمعلومات التي يطلبها المستخدم أو يحتاج إليها فقط
- تنسيق التقرير للمساعدة في عملية اتخاذ القرار
- تقديم التقارير بالوتيرة التي يحتاج إليها المستخدم
- ربط مصادر البيانات والمعلومات
- تقديم شرح أو إيضاح للبيانات

العناصر المقيسة للمعيار MCI.14

- ☐ 1. أن يفي توزيع البيانات والمعلومات باحتياجات المستخدم.
- ☐ 2. أن يتسلّم المستخدمون البيانات والمعلومات في الوقت المناسب.
- ☐ 3. أن يتسلّم المستخدمون البيانات والمعلومات بصيغة تساعد الاستخدام المقصود.
- ☐ 4. أن يكون للعاملين فرصة الوصول إلى البيانات والمعلومات اللازمة لتنفيذ مسؤوليات أعمالهم.

المعيار

MCI.15 يشارك أعضاء الهيئة العاملة الملائمون، السريريون والإداريون، في انتقاء تكنولوجيا إدارة المعلومات وتكاملها واستخدامها.

المعيار MCI.15

تمثّل تكنولوجيا إدارة المعلومات استثماراً كبيراً في موارد مؤسسة الرعاية الصحية. ولهذا السبب، توفّق التكنولوجيا بعناية مع احتياجات المؤسسة الراهنة والمستقبلية ومواردها. ويجب أن تتكامل احتياجات التكنولوجيا مع آليات إدارة المعلومات القائمة وتساعد في تكامل أنشطة كل أقسام المؤسسة وخدماتها. ويتطلّب هذا المستوى من الأنشطة مشاركة كل العاملين السريريين والإداريين في انتقاء الآلية.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.15

- ☐ 1. مشاركة العاملين السريريين في اتخاذ القرارات الخاصة بتكنولوجيا المعلومات.
- ☐ 2. مشاركة العاملين الإداريين في اتخاذ القرارات الخاصة بتكنولوجيا المعلومات.

المعيار

MCI.16 حماية السجلات والمعلومات من الفقدان والتلف والعبث بها والحصول عليها دون تصريح.

نية المعيار MCI.16

تكون سجلات المرضى والبيانات والمعلومات الأخرى آمنة ومحمية طوال الوقت. على سبيل المثال، تحفظ سجلات المرضى الناشطين في أماكن لا يصل إليها إلا اختصاصيو الرعاية الصحية المصرّح لهم، وتخزن السجلات في أماكن بعيدة احتمال تعرّضها للتلف بالحرارة أو الماء أو النار أو غير ذلك. وتنظر المؤسسة أيضاً بالوصول غير المصرّح به إلى المعلومات المخزونة بطريقة إلكترونية وتنفذ آليات لتجنّب مثل هذا الوصول (انظر أيضاً PFR.1.6 المتعلّق بسرية معلومات المرضى).

العناصر المقيسة للمعيار MCI.16

- ☐ 1. حماية السجلات والمعلومات من الفقد والتلف.
- ☐ 2. حماية السجلات والمعلومات من العبث والحصول عليها دون تصريح.

المعيار

MCI.17 تعليم متخذي القرارات وغيرهم من أعضاء الهيئة العاملة الملائمين وتدربهم على مبادئ إدارة المعلومات.

نية المعيار MCI.17

إنّ الذين ينتجون البيانات والمعلومات ويجمعونها ويحلّلونها ويستخدمونها في المؤسسات أشخاص متعلّمون ومدرّبون على المشاركة بفعالية في إدارة المعلومات. ويمكّنهم هذا التعليم والتدريب من

- فهم أمن البيانات والمعلومات وسريّتها
- استخدام أدوات القياس والأدوات الإحصائية وطرق تحليل البيانات
- المساعدة في تفسير البيانات
- استخدام البيانات والمعلومات للمساعدة في اتخاذ القرارات
- تعليم المرضى وعائلاتهم ودعم مشاركتهم في عمليات الرعاية
- استخدام المؤشّرات (انظر المسرد أيضاً) لتقييم الرعاية وآليات العمل وتحسينها

يتلاءم تعليم الأشخاص وتدريبهم مع مسؤولياتهم وتوصيف وظائفهم (انظر المسرد أيضاً) والاحتياجات إلى البيانات والمعلومات.

تمكّن آلية إدارة المعلومات من جمع المعلومات من مصادر مختلفة وإعداد التقارير التي تدعم اتخاذ القرار. ويساعد الجمع بين المعلومات السريرية والإدارية قادة المؤسسة على وجه الخصوص في التخطيط الجماعي. وتدعم آلية إدارة المعلومات القادة ببيانات طولية متكاملة وبيانات مقارنة.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.17

- ☐ 1. أن يقدم لصانعي القرار وغيرهم تعليم على مبادىء إدارة المعلومات.
- ☐ 2. أن يكون التعليم متلائماً مع احتياجات العمل ومسؤوليات الوظيفة.
- ☐ 3. تكامل البيانات والمعلومات السريرية والإدارية بالقدر اللازم لدعم اتخاذ القرار.

المعيار

MCI.18 تحدّد سياسة أو بروتوكول خطي متطلّبات وضع السياسات والإجراءات وصيانتها.

نية المعيار MCI.18

تحدّد السياسة أو البروتوكول (انظر المسرد أيضاً) كيف يتم تنفيذ ما يلي :

أ. مراجعة كل السياسات والإجراءات وإقرارها من قبل شخص مفوّض قبل إصدارها

ب. آلية مراجعة السياسات والإجراءات ووتيرتها واستمرار إقرارها

ج. الضوابط التي تضمن توافر الإصدارات ذات الصلة من السياسات والإجراءات فحسب عند استخدامها

د. تحديد التغيرات التي تطرأ على السياسات والإجراءات

هـ المحافظة على هوية المستندات وقابلية قراءتها

و. الإشراف على السياسات والإجراءات القادمة من خارج المؤسسة

ز. حفظ السياسات والإجراءات المهملة قدر ما يقتضي القانون والنظام على الأقل، وضمان عدم استخدمها في الوقت نفسه عن طريق الخطأ

ح. تحديد كل السياسات والإجراءات المتداولة ومتابعتها

يسمح نظام المتابعة بتحديد كل مستند من عنوانه، وتاريخ إصداره، ونسخته و/أو تاريخ مراجعته، وعدد صفحاته، ومن صرّح بإصداره و/أو راجعه، فضلاً عن تحديد قاعدة البيانات (إذا كان ذلك ينطبق).

ثمة آلية لضمان أن يقرأ العاملون السياسات والإجراءات ذات الصلة بعملهم ويألفونها.

تنفيذ آليات وضع السياسات والإجراءات وصيانتها.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.18

- ☐ 1. وجود سياسة أو بروتوكول خطي يحدّد متطلّبات وضع السياسات والإجراءات وصيانتها بما في ذلك البنود أ) إلى ح) على الأقل في النية، وتنفيذه.
- ☐ 2. وجود بروتوكول خطي يجمل كيفية الإشراف على السياسات أو الإجراءات التي نشأت خارج المؤسسة وتنفيذها.
- ☐ 3. وجود سياسة أو بروتوكول خطي يحدّد كيفية حفظ السياسات والإجراءات المهملة قدر ما يقتضي القانون والنظام على الأقل، وضمان عدم استخدامها في الوقت نفسه عن طريق الخطأ وتنفيذه
- ☐ 4. وجود سياسة أو بروتوكول خطي يجمل كيفية تحديد كل السياسات والإجراءات المتداولة ومتابعتها، وتنفيذه

السجل السريري للمريض

المعيار

MCI.19 تنشئ المؤسسة سجلاً سريرياً لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته وتصونه.

نية المعيار MCI.19

يوجد سجل لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته في مؤسسة رعاية صحية كمريض داخلي أو مريض خارجي أو مريض قدّمت له رعاية عاجلة. يعيّن للسجل محدّد فريد للمريض، أو أي آلية أخرى مستخدمة لربط المريض بسجله السريري. يمكن السجل الواحد والمحدّد الواحد المؤسسة من تحديد السجلات السريرية للمرضى بسهولة وتوثيق رعاية المرضى على مر الزمن.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.19

- ☐ 1. فتح سجل سريري لكل مريض تقيمه المؤسسة أو تعالجه.
- ☐ 2. تصان السجلات السريرية للمرضى عبر استخدام محدّد فريد للمريض أو أي طريقة فعّالة أخرى.

المعياران

MCI.19.1 يحتوي السجل السريري على معلومات كافية لتحديد المريض، ودعم التشخيص، وتبرير العلاج، وتوثيق مسار المعالجة ونتائجها، وتعزيز استمرار الرعاية بين مقدمي الرعاية الصحية.

MCI.19.1.1 يشمل السجل السريري لكل مريض يتلقى رعاية طارئة وقت الوصول، والنتائج عند انتهاء المعالجة، وحالة المريض عند تخريجه، وتعليمات متابعة الرعاية.

نية المعيارين MCI.19.1 و MCI.19.1.1

يجب أن يعرض السجل السريري لكل مريض معلومات كافية لدعم التشخيص، وتبرير العلاج المقدّم، وتوثيق مسار العلاج ونتائجه. ويساعد تقنين صيغة السجل السريري للمريض ومحتواه في تعزيز تكامل الرعاية واستمراريتها (انظر المسرد أيضاً) بين مختلف مقدّمي الرعاية إلى المريض.

تحدّد المؤسسة البيانات والمعلومات المدوّنة في السجل السريري لكل مريض يقيّم أو يعالج كمريض خارجي أو طارئ أو مريض داخلي. ويشمل سجل كل مريض يتلقى رعاية طارئة المعلومات المحدّدة التي يعيّنها المعيار MCI.20.1.1.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.19.1

- ☐ 1. احتواء السجلات السريرية للمرضى على معلومات كافية لتحديد المريض.
- ☐ 2. احتواء السجلات السريرية للمرضى على معلومات كافية لدعم التشخيص (انظر أيضاً ASC.7 العنصر المقيس 3).

- ☐ 3. احتواء السجلات السريرية للمرضى على معلومات كافية لتبرير الرعاية والعلاج.
- ☐ 4. احتواء السجلات السريرية للمرضى على معلومات كافية لتوثيق مسار العلاج ونتائجه (انظر أيضاً AOP.2، العنصر المقيس 1؛ AOP.2، COP.5، العنصر المقيس 2؛ ASC.5.2، العنصر المقيس 1؛ ASC.5.3، العنصر المقيس 2؛ ASC.6، العنصر المقيس 2؛ ASC.7.3، العنصر المقيس 3؛ MMU.4.3، العنصر المقيس 1).
- ☐ 5. أن تحدّد المؤسسة محتوى السجلات السريرية للمرضى.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.19.1.1

- ☐ 1. احتواء السجلات السريرية لمرضى الطوارئ على وقت الوصول.
- ☐ 2. احتواء السجلات السريرية لمرضى الطوارئ على استنتاجات عند انتهاء العلاج.
- ☐ 3. احتواء السجلات السريرية لمرضى الطوارئ على حالة المريض عند التخريج.
- ☐ 4. احتواء السجلات السريرية لمرضى الطوارئ على تعليمات متابعة الرعاية.

المعياران

MCI.19.2 تحدّد سياسة المؤسسة الأشخاص المخوّلين إدخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته.

MCI.19.3 يحدد كل مدخل في السجل السريري للمريض كاتبه وتاريخ كتابته في السجل.

نية المعيارين MCI.19.2 وMCI.19.3

يستند الوصول إلى كل فئة من المعلومات إلى الحاجة وتحدّد بالمنصب والوظيفة، بمن في ذلك الطلاب في المواقع الأكاديمية. وتحدّد الآلية الفعّالة:

- من لدية فرصة الوصول إلى المعلومات
- المعلومات التي لدى المرء فرصة الوصول إليها
- التزام المستخدم بالمحافظة على سرية المعلومات
- الآلية المتبعة عند خرق السرية والأمن

من جوانب المحافظة على أمن المعلومات عن المريض تحديد من هو المصرّح له بالحصول على السجل السريري للمريض ويكتب المداخل فيه. على المؤسسة أن تضع سياسة للتصريح لمثل هؤلاء الأفراد وتحديد محتوى المداخل في السجلات السريرية للمرضى وصيغتها. ويجب أن يكون هناك آلية لضمان ألا يكتب المداخل في السجلات السريرية للمرضى سوى الأشخاص المصرّح لهم بذلك، وأن يحدّد المدخل كاتبه وتاريخ كتابته. ويلحظ أيضاً وقت تدوين المدخل، كما في المعالجات المؤقّتة أو أوامر إعطاء الدواء، إذا كانت المؤسسة تطلب ذلك.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.19.2

- ☐ 1. أن تحدّد سياسة المؤسسة الأشخاص المخوّلين بكتابة المداخل في السجلات السريرية للمرضى (انظر أيضاً الهدف الدولي لسلامة المرضى 2، العنصر المقيس 2).
- ☐ 2. أن تحدّد سياسة المؤسسة صيغة المداخل وموقعها.
- ☐ 3. وجود آلية لضمان أن يكتب الأشخاص المخوّلون المداخل في السجلات السريرية للمرضى.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.19.3

- ☐ 1. إمكانية تحديد كاتب كل مدخل في السجلات السريرية للمرضى.
- ☐ 2. إمكانية تحديد تاريخ كل مدخل في السجلات السريرية للمرضى.
- ☐ 3. إمكانية تحديد وقت المدخل عندما تتطلب المؤسسة ذلك.

المعيار

MCI.19.4 تقيّم المؤسسة بانتظام محتوى السجلات السريرية للمرضى واكتمالها كجزء من أنشطة تحسين أدائها.

نية المعيار MCI.19.4

تحدّد كل مؤسسة محتوى السجل السريري للمريض وصيغته وتكون لديها آلية لتقييم محتوى السجل واكتمال السجلات. وهذه الآلية جزء من أنشطة تحسين أداء المؤسسة التي تنفذ بانتظام. وتستند مراجعة السجلات السريرية للمرضى على عينة تمثّل الأطباء الذين يقدّمون الرعاية وأنواع الرعاية المقدمة. يجري عملية المراجعة الأطباء والممرضون وغيرهم من الاختصاصيين السريريين المفوّضين بكتابة المداخل في سجلات المرضى. وتركّز المراجعة على الجداول الزمنية للسجل والمعلومات السريرية واكتمالها وقابلية قراءتها. ويدرج محتوى السجل السريري الذي يطلبه القانون أو النظام في عملية المراجعة. وتشمل عملية مراجعة السجلات السريرية في المؤسسة سجلات المرضى الذين يتلقون الرعاية حالياً بالإضافة إلى سجلات المرضى المتخرّجين.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.19.4

- ☐ 1. مراجعة السجلات السريرية للمرضى بشكل دوري.
- ☐ 2. استخدام المراجعة عيّنة تمثيلية.
- ☐ 3. أن يجري المراجعة الأطباء والممرضون وغيرهم من المفوّضين بكتابة المداخل في سجلات المرضى أو إدارة تلك السجلات.
- ☐ 4. أن تركّز المراجعة على الجداول الزمنية للسجل والمعلومات السريرية واكتمالها وقابلية قراءتها.
- ☐ 5. إدراج محتويات السجلات السريرية التي يطلبها القانون أو النظام في عملية المراجعة.
- ☐ 6. إدراج سجلات المرضى الذين يتلقون الرعاية حالياً والمرضى المتخرّجين في عملية المراجعة.
- ☐ 7. إدراج نتائج عملية المراجعة في آلية الإشراف على الجودة في المؤسسة.

مجموع البيانات والمعلومات

المعايير

MCI.20 تدعم البيانات والمعلومات المجمّعة رعاية المرضى، وإدارة المؤسسة، وبرنامج إدارة الجودة.

MCI.20.1 توجد آلية في المؤسسة لجمع البيانات، وتحدّد المؤسسة ما هي البيانات والمعلومات التي تجمع بانتظام لتلبية احتياجات الهيئة العاملة الطبية والسريرية فيها والهيئات خارجها.

MCI.20.2 تدعم المؤسسة رعاية المرضى، والتعليم، والأبحاث، والإدارة بالمعلومات من مصادر حديثة في الوقت المناسب.

MCI.20.3 توجد في المؤسسة آلية لاستخدام قواعد البيانات الخارجية أو المشاركة فيها.

نية المعايير MCI.20 إلى MCI.20.3

تجمع المؤسسة وتحلل البيانات المجمّعة لدعم رعاية المرضى وإدارة المؤسسة. وتوفّر البيانات المجمّعة نبذة عن المؤسسة على مرّ الزمن وتسمح بمقارنة أداء المؤسسة مع المؤسسات الأخرى. وهكذا فإنّ البيانات المجمّعة تعدّ جزءاً مهماً من أنشطة تحسين أداء المؤسسة. وتستطيع البيانات المجمّعة من إدارة المخاطر، وإدارة نظام المرافق (انظر أيضاً المسرد)، والوقاية من العدوى والسيطرة عليها، ومراجعة الاستغلال مساعدة المؤسسة على فهم أدائها الحالي وتحديد فرص التحسين.

غالباً ما يحتاج مقدمو الرعاية السريرية والباحثون والمربون والمديرون إلى المعلومات لمساعدتهم في أداء مسؤولياتهم. ويمكن أن تشمل مثل هذه المعلومات الأدبيات الإدارية والعلمية وتوجيهات الممارسة السريرية (انظر المسرد أيضاً) ونتائج البحث والمناهج التربوية. وتعتبر الإنترنت والمواد المطبوعة في مكتبة ما، ومصادر البحث على الشبكة، والمواد الشخصية مصادر قيّمة للمعلومات الحالية.

وعن طريق المشاركة في قواعد بيانات الأداء الخارجية، تستطيع المؤسسة مقارنة أدائها بأداء المؤسسات المماثلة محلياً ووطنياً ودولياً. وتعدّ مقارنة الأداء أداة فعالة لتحديد فرص التحسين وتوثيق مستوى أداء المؤسسة. وغالباً ما تطلب مثل هذه المعلومات شبكات الرعاية الصحية ومن يشترون الرعاية الصحية أو يدفعون مقابل الحصول عليها. وتتفاوت قواعد البيانات الخارجية تفاوتاً واسعاً من قواعد بيانات التأمين إلى تلك التي تصونها الجمعيات المهنية. وقد يطلب القانون أو النظام من المؤسسات المساهمة في بعض قواعد البيانات الخارجية (انظر أيضاً QPS.4.2). ويحفظ أمن البيانات والمعلومات وسريتها في كل الحالات.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.20

- ☐ 1. البيانات والمعلومات المجمّعة تدعم رعاية المرضى.
- ☐ 2. البيانات والمعلومات المجمّعة تدعم إدارة المؤسسة.
- ☐ 3. البيانات والمعلومات المجمّعة تدعم برنامج إدارة الجودة.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.20.1

- ☐ 1. لدى المؤسسة آلية لجمع البيانات استجابة لاحتياجات المستخدمين المحدّدة.
- ☐ 2. أن تقدّم المؤسسة البيانات اللازمة إلى هيئات خارج المؤسسة.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.20.2

- ☐ 1. المعلومات العلمية الحالية وغيرها من المعلومات تدعم رعاية المرضى.
- ☐ 2. المعلومات العلمية الحالية وغيرها من المعلومات تدعم التعليم السريري.
- ☐ 3. المعلومات العلمية الحالية وغيرها من المعلومات تدعم الأبحاث.
- ☐ 4. المعلومات العلمية الحالية وغيرها من المعلومات تدعم الإدارة
- ☐ 5. تقديم المعلومات في إطار زمني يلبي توقّعات المستخدمين.

العناصر المقيسة للمعيار MCI.20.3

- ☐ 1. وجود آلية للمشاركة في استخدام المعلومات من قواعد بيانات خارجية.
- ☐ 2. مساهمة المؤسسة ببيانات أو معلومات في قواعد البيانات الخارجية بما ينسجم مع القانون والنظام.
- ☐ 3. أن تقارن المؤسسة أداءها باستخدام قواعد بيانات مرجعية خارجية (انظر أيضاً QPS.4.2، العنصر المقيس 2؛ MCI.20.3، العنصر المقيس 3؛ PCI.10.4، العنصر المقيس 1).
- ☐ 4. حفظ الأمن والسرية عند المساهمة في قواعد البيانات الخارجية أو استخدامها.

المسرد

accreditation اعتماد قيام هيئة الاعتماد في اللجنة المشتركة الدولية بتحديد أنّ إحدى مؤسسات الرعاية الصحية المؤهّلة تمتثل لمعايير اللجنة المعمول بها.

accreditation decisions قرارا الاعتماد فئتا الاعتماد التي يمكن أن تحصل عليها مؤسسة ما استناداً إلى مسح تجريه اللجنة المشتركة الدولية. وهاتان الفئتان هما:

accredited معتمدة المؤسسة تظهر امتثالاً مقبولاً لكل معايير اللجنة المشتركة الدولية والأهداف الدولية لسلامة المرضى.

accreditation denied غير معتمدة عدم امتثال المؤسسة لمعايير اللجنة المشتركة الدولية والأهداف الدولية لسلامة المرضى، أو سحب اللجنة المشتركة الدولية اعتمادها لأسباب أخرى، أو انسحاب المؤسسة طوعاً من عملية الاعتماد.

accreditation process عملية الاعتماد عملية متواصلة يطلب بموجبها من مؤسسات الرعاية الصحية أن تظهر للجنة المشتركة الدولية أنّها تقدّم رعاية آمنة وعالية الجودة، كما يتحدّد من الامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الدولية وتوصيات الأهداف الدولية لسلامة المرضى. يعد التقييم الذي يجريه مقيّمون من اللجنة المشتركة الدولية في مواقع المؤسسات المكوّن الرئيسي لهذه العملية.

accreditation survey مسح الاعتماد تقييم يجرى لمؤسسة ما للتحقّق من امتثالها للمعايير المعمول بها وتحديد وضع اعتمادها.
يسمى أيضاً "مسحاً كل ثلاث سنوات" (انظر أدناه)، ويشمل مسح الاعتماد الذي تجريه اللجنة المشتركة الدولية ما يلي:

- تقييم المستندات المقدّمة من قبل المسؤولين في المؤسسة لإظهار الامتثال
- المعلومات الشفهية عن معايير التنفيذ أو الأمثلة على تنفيذها ما يمكّن من تحديد الامتثال
- المراقبة التي يجريها المسّاحون في الموقع
- تتبّع المرضى خلال عملية الرعاية بواسطة منهجية التتبّع
- التثقيف المقدّم عن الامتثال للمعايير وتحسين الأداء

initial survey المسح الابتدائي تقييم المؤسسة التي تسعى إلى الحصول على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية للمرة الأولى أو لم تعتمدها اللجنة المشتركة الدولية في الأشهر الستة الماضية.

for cause survey المسح لسبب معيّن مسح للمؤسسة يجرى عندما تعلم اللجنة المشتركة الدولية باحتمال وجود مشكلات جدية تتعلّق بالامتثال للمعايير أو رعاية المرضى أو سلامتهم.

validation survey مسح التثبّت تقييم عملية المسح في أعقاب إجراء مسح ابتدائي أو كل ثلاث سنوات للتحقّق من الامتثال للمعايير في مؤسسات الرعاية الصحية، كجزء من جهود تحسين الجودة الداخلية للجنة المشتركة الدولية. ومسح التثّبت، المماثل في نطاقه للمسح الابتدائي كل ثلاث سنوات، مسح طوعي ولا يؤثّر على نتائج المسح الذي يجرى للمؤسسة كل ثلاث سنوات.

focused survey مسح مركّز تقييم ضيّق ومحدود يجرى للمؤسسة بعد المسح كل ثلاث سنوات، ويركّز فقط على مشاكل عدم الامتثال التي ظهرت في المسح كل ثلاث سنوات.

extension survey مسح إضافي تقييم تحتّم إجراؤه أي من العوامل التالية:

- تقديم المؤسسة 25٪ من خدماتها في موقع جديد أو وفقاً لخطة أدخلت عليها تعديلات كبيرة.

- توسيع المؤسسة قدرتها على تقديم الخدمات بمقدار 25٪ أو أكثر مقيسة بحجم المرضى أو مقاييس أخرى ذات صلة.
- اندماج المؤسسة مع موقع أو خدمة أو برنامج غير معتمد وتتوافر له معايير ملائمة من اللجنة المشتركة الدولية، أو توحدّها معه أو حيازتها له.

adverse event حدث معاكس حدث غير متوقّع أو غير مرغوب فيه أو ذو خطورة محتملة في مؤسسة الرعاية الصحية. انظر أيضاً sentinel event.

ambulatory care الرعاية الجوالة أنواع من الخدمات الصحية التي تقدم إلى الأفراد على أساس خارجي. وتقدّم الرعاية الجوالة في العديد من الأماكن من المرافق الجراحية المستقلة إلى مراكز القثطرة القلبية. انظر أيضاً outpatient programs.

anesthesia and sedation التخدير والتركين إعطاء المرء في أي مكان ولأي غاية وعن طريق أي سبيل دواء للحث على الفقد الجزئي أو الكلي للإحساس من أجل اتخاذ إجراء جراحي أو سواه. وتشمل تعريفات أربعة مستويات من التخدير ما يلي:

minimal sedation (anxiolysis) تركين أدنى حالة محرّضة بالدواء يستجيب فيها المرضى بشكل سوي للتعليمات الشفهية. وعلى الرغم من أن الوظيفة المعرفية والتنسيق قد يضعفا، فإنّ وظيفة التهوية والوظيفة القلبية الوعائية لا تتأثّر.

procedural (or moderate) sedation (formerly "conscious sedation) تركين إجرائي (أو معتدل) إخماد للوعي محرّض بالدواء يستجيب في أثنائه المرضى بشكل هادف للتعليمات الشفهية، بمفردها أو مصحوبة بتنبيه لمسي خفيف. ولا يعتبر توقّف المنعكسات الناجمة عن التنبيه المؤلم استجابة متعمّدة. لا حاجة إلى تدخّل للحفاظ على مسلك هوائي واضح، وتكون التهوية العفوية كافية. تبقى الوظيفة القلبية الوعائية على حالها عادة.

deep sedation/analgesia تركين عميق/تسكين إخماد للوعي محرّض بالدواء لا يمكن إفاقة المرضى منه بسهولة، لكنّهم يستجيبون بشكل هادف في أعقاب التنبيه المتكرّر أو المؤلم. يمكن أن تضعف القدرة على المحافظة على وظيفة التهوية بشكل مستقل. وقد يحتاج المرضى إلى مساعدة للحفاظ على مسلك هوائي واضح وقد تكون التهوية العفوية غير كافية. تبقى الوظيفة القلبية الوعائية على حالها عادة.

anesthesia تخدير يتكوّن من تخدير عمومي وتخدير نخاعي أو ناحيّ رئيسي. لا يشمل التخدير الموضعي. التخدير العمومي فقد للوعي محرّض بالدواء لا يمكن أن يصحو في أثنائه المريض، حتى بالتنبيه المؤلم. وغالباً ما تضعف القدرة على المحافظة على وظيفة التهوية. ويحتاج المرضى في الغالب إلى مساعدة للحفاظ على مسلك هوائي واضح وقد تكون التهوية بالضغط الإيجابي مطلوبة بسبب خمود التهوية العفوية أو خمود الوظيفة العصبية العضلية المحرّضة بالدواء. وقد تضعف الوظيفة القلبية الوعائية.

best practice ممارسة فضلى أسلوب أو نهج أو عملية سريرية أو علمية أو مهنية يقرّ بها غالبية المهنيين في مجال معين باعتبارها أكثر فعالية في تحقيق نتيجة معينة من أي ممارسة أخرى. وهذه الممارسات، تسمى أحياناً "ممارسة جيدة" أو "ممارسة أفضل"، تستند عادة إلى الدليل ويحرّكها الإجماع.

certification 1. منح شهادة؛ 2. تصديق

1. إجراء وعمل تقيّم بموجبه مؤسسة ذات صلاحية فرداً أو مؤسسة أو برنامجاً وتؤكّد أنّه يفي بالمتطلّبات. ويختلف منح الشهادة عن الاعتماد في أنّ منح الشهادة ينطبق على الأفراد أيضاً (مثل الاختصاصي الطبي).

2. عملية تؤكّد بموجبها هيئة أو جمعية غير حكومية أنّ فرداً ما يفي بالمؤهلات المحددة مسبقاً التي تتطلبها الهيئة أو الجمعية.

clinical pathology المرضيات (الباثولوجيا) السريرية خدمات تتعلّق بحل المشاكل السريرية، لاسيما استخدام الطرق المخبرية في التشخيص السريري. تشمل الكيمياء السريرية، وعلم الجراثيم، وعلم الفطريات، وعلم الطفيليات، وعلم الفيروسات، والفحص المجهري السريري، وأمراض الدم، والدمويات المناعية، والتخثّر، وعلم المناعة، وعلم الأمصال، والمقايسة الإشعاعية البيولوجية.

clinical pathways المسارات السريرية نظام علاج متفق عليه يشمل كل عناصر الرعاية.

clinical practice guidelines توجيهات الممارسة السريرية بيانات تساعد الأطباء والمرضى على اختيار الرعاية الصحية الملائمة لحالات سريرية محدّدة (مثل توصيات تدبير حالة الإسهال عند الأطفال دون سن الخامسة). يوجّه الطبيب عبر كل خطوات الاستشارة (الأسئلة التي يطرحها، والعلامات المادية التي يبحث عنها، والفحوص المخبرية التي يطلبها، وتقييم الوضع، والعلاج المتبع).

clinical record سجل سريري انظر patient record/medical record/clinical record.

clinical staff هيئة عاملة سريرية انظر staff

clinical trial تجربة سريرية اختبار العلاج في ثلاث أو أحياناً أربع مراحل تبعاً لغرض الاختبار وحجمه ونطاقه. وغالباً ما تجرى هذه الاختبارات للحصول على بيانات عن سلامة منتج ما وفعاليته.

competence أهلية تحديد لمهارات المرء ومعرفته وقدرته على الوفاء بالتوقّعات المحدّدة كما ينصّ على ذلك توصيف الوظيفة.

confidentiality سرية

1. تقييد الحصول على البيانات والمعلومات وحصره بمن لديه الحاجة والسبب والإذن للحصول عليها.
2. حق الفرد في الخصوصية الشخصية والمعلوماتية، بما في ذلك سجلات رعايته الصحية.

contamination تلوّث وجود عامل معدٍ على سطح حيّ أو غير حيّ.

continuum of care متصل الرعاية التوفيق بين احتياجات الفرد المستمرة ومستوى الرعاية والعلاج والخدمة الملائمة ونوعها داخل مؤسسة ما أو في عدة مؤسسات.

continuity of care استمرارية الرعاية درجة تنسيق رعاية الأفراد بين الأطباء والمؤسسات على مر الزمن.

contracted services خدمات متعاقد عليها الخدمات التي تقدّم بموجب اتفاق خطي مع مؤسسة أو هيئة أو فرد آخر. ويحدّد الاتفاق الخدمات أو العاملين المقدّمين لصالح المؤسسة المتقدمة بالطلب ورسوم تقديم الخدمات أو العاملين.

credentialing إقرار الأهلية عملية الحصول على مؤهّلات ممارس للرعاية الصحية والتثبّت منها وتقييمها من أجل تقديم خدمات رعاية المرضى في مؤسسة للرعاية الصحية أو لصالحها. وتسمى عملية التدقيق الدوري في مؤهلات العاملين إعادة إقرار الاعتماد.

credentials أوراق اعتماد دليل على الكفاءة والإجازة الحالية والمناسبة والتعليم والتدريب والخبرة. ويمكن أن تضيف مؤسسة الرعاية الصحية معايير أخرى. انظر أيضاً competence, credentialing.

data بيانات وقائع أو ملاحظات سريرية أو قياسات تجمع في أثناء عملية التقييم. تسمى البيانات قبل تحليلها "بيانات خام".

disaster كارثة انظر emergency.

discharge تخريج النقطة التي تنتهي عندها علاقة الفرد الفاعلة مع مؤسسة أو برنامج ولا يحتفظ البرنامج أو المؤسسة بمسؤولية فاعلة عن رعاية الفرد.

discharge summary خلاصة التخريج قسم في سجل المريض يوجز أسباب الإدخال، وأهمية النتائج، والإجراءات المنفّذة، والعلاج المقدّم، وحالة المريض عند التخريج، وأي تعليمات محددة تعطى إلى المريض أو عائلته (مثل المتابعة والأدوية).

"do not use" list لائحة المختصرات التي لا تستخدم فهرس مكتوب للمختصرات والمختزلات المنحوتة والرموز التي يجب ألا تستخدم في مؤسسة ما.

efficiency كفاءة العلاقة بين النتائج (نتائج الرعاية) والموارد المستخدمة لتقديم الرعاية. وينطوي رفع الكفاءة على تحقيق النتائج نفسها بموارد أقل، أو نتائج أفضل بمقدار الموارد نفسها.

emergency حالة طارئة

1. حادث غير متوقّع أو مفاجئ، مثل الجراحة الطارئة اللازمة للحؤول دون وفاة أو عجز خطير.
2. حادث طبيعي أو من صنع بشري يحدث اضطراباً كبيراً ببيئة الرعاية (مثل تضرّر مباني المؤسسة بسبب رياح عاتية أو عواصف أو زلازل)، أو يعوق الرعاية والعلاج (مثل فقدان الخدمات العامة كالطاقة أو الماء أو الهاتف بسبب فيضان أو اضطرابات مدنية)، أو يؤدي إلى تغير مفاجئ أو ارتفاع الطلب على خدمات المؤسسة (مثل هجوم إرهابي بيولوجي، أو انهيار مبنى، أو تحطم طائرة). تسمى بعض الحالات الطارئة كوارث.

environmental management plan خطة الإدارة البيئية وثيقة المؤسسة الخطية التي تصف آلية العمل المتبعة لديها في مجالات عملياتها التالية: السلامة والأمن، والمواد الخطيرة، والحالات الطارئة، والسلامة من الحريق، والأجهزة الطبية، ونظم الخدمات العامة. وتحدّد الخطة الإجراءات المحددة تصف الاستعداد، واستراتيجيات الرد والتعافي، والأعمال، والمسؤوليات.

evidence– (or scientific–) based guidelines توجيهات قائمة على الأدلة (أو العلم) اتخاذ القرارات الطبية بناء على أدلة تجريبية أو إجماع الخبراء.

failure mode and effects analysis تحليل نمط الإخفاق وتأثيراته طريقة منهجية لفحص تصميم بحثاً عن الطرق المحتملة لوقوع الأخطاء. وهو يفترض وقوع الأخطاء بصرف النظر اتساع معرفة الأفراد أو حرصهم.

family أسرة (عائلة) الأشخاص الذين يؤدون مهماً في حياة المريض. وقد يشملون أشخاصاً لا علاقة لهم بالمريض من الناحية القانونية.

functional status الحالة الوظيفية قدرة الأفراد على الاهتمام بأنفسهم بدنياً وعاطفياً بما يتلاءم مع فئتهم العمرية. ويمكن تقسيم الحالة الوظيفية إلى "اجتماعية" و"بدنية" و"نفسانية".

governance الحاكمية الفرد أو المجموعة أو الهيئة التي لديها السلطة والمسؤولية المطلقة عن وضع السياسات، والمحافظة على جودة الرعاية، والإشراف على إدارة المؤسسة والتخطيط لها.

harvesting of organs جني الأعضاء إزالة أعضاء بغية غرسها (زرعها).

hazard vulnerability analysis تحليل التعرّض للمخاطر تحديد الحالات الطارئة المحتملة والتأثيرات المباشرة وغير المباشرة لهذه الحالات على عمليات مؤسسة الرعاية الصحية والطلب على خدماتها.

hazardous materials and waste مواد ونفايات خطيرة المواد التي توجّه مناولتها واستخدامها وتخزينها أو يحدّد بموجب أنظمة إقليمية أو وطنية. وعلى الرغم من أنّ اللجنة المشتركة الدولية تصنّف النفايات المعدية ضمن هذه الفئة من المواد، لا تعرّف كل القوانين والأنظمة النفاية المعدية أو الطبية بأنّها نفاية خطيرة.

health care–associated infections العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية أي عدوى تصيب امرئ في أثناء تلقي الرعاية أو الخدمات في مؤسسة للرعاية الصحية.

health care organization مؤسسة رعاية صحية اسم عام يصف العديد من أنواع المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية ويشمل مراكز الرعاية الجوالة، ومؤسسات الصحة السلوكية/العقلية، ومؤسسات الرعاية المنزلية، والمستشفيات، والمختبرات، ومؤسسات الرعاية الطويلة الأمد.

health care organization management standards معايير إدارة مؤسسات الرعاية الصحية لأغراض اعتماد اللجنة المشتركة الدولية، المعايير المنظمة وفقاً لما يتم عمله مباشرة أو غير مباشرة من أجل الوصول إلى مؤسسة آمنة وفعالة وجيدة الإدارة (مثل الوقاية من العدوى والسيطرة عليها، وإدارة المرافق، ومؤهلات العاملين).

health care professional اختصاصي رعاية صحية أي شخص أكمل مقرّراً دراسياً وماهر في مجال الصحة. ويشمل ذلك الطبيب وطبيب الأسنان والممرّض.

indicator مؤشّر مقياس يستخدم لتحديد أداء وظائف المؤسسة وآلية عملها ونتائجها، على مر الزمن.

infectious waste نفاية معدية انظر hazardous materials and waste

information management إدارة المعلومات استحداث البيانات أو المعلومات في المؤسسة واستخدامها وتشاركها والتخلّص منها. وهذه الممارسة مهمة جداً لإدارة أنشطة المؤسسة بفعالية وكفاءة.

informed consent موافقة مبنية على المعرفة (موافقة رشيدة) الموافقة أو الإذن الذي ترافقه معلومات كاملة عن طبيعة الإجراء الطبي أو العلاج ومخاطره وبدائله قبل أن يبدأ الطبيب أو أي اختصاصي آخر للرعاية الصحية الإجراء أو العلاج.

in–service education تعليم في أثناء الخدمة تعليم منظم، يقدّم عادة في مكان العمل، مصمّم لتعزيز مهارات العاملين أو تعليمهم مهارات جديدة ذات صلة بأعمالهم أو أنظمة تخصصهم.

inpatient مريض داخلي الشخص يتم إدخاله إلى مؤسسة للرعاية الصحية وينام فيها ليلة واحدة على الأقل.

invasive procedure إجراء جائر إجراء ينطوي على خرق للجلد أو بضعه، أو إدخال أداة أو جهاز أو مادة غريبة إلى الجسم.

job description توصيف الوظيفة إيضاح لمنصب ما يشمل واجباته ومسؤولياته وشروطه ومتطلبات أداء العمل.

leader قائد الشخص الذي يحدّد التوقّعات ويضع الخطط وينفّذ الإجراءات لتقييم وتحسين جودة حاكمية المؤسسة وإدارتها ووظائفها وآلية عملها السريرية. ويشمل القادة الذين تصفهم معايير اللجنة المشتركة الدولية على الأقل قادة الهيئة الحاكمة، والرئيس التنفيذي وسواه من المديرين التنفيذيين، والقادة المنتخبين أو المعيّنين للعاملين الطبيين والدوائر السريرية، والممرض التنفيذي، وغيره من قادة الممرضين الكبار.

licensure ترخيص حق قانوني تمنحه هيئة حكومية انسجاماً مع القانون الذي يحكم المهنة.

measure 1. قياس، 2. مقياس

1. جمع البيانات التي يحتسب مقدارها عن وظيفة أو نظام أو عملية ما.
2. أداة لتحديد الكمية. انظر أيضاً indicator.

medical equipment جهاز طبي جهاز ثابت أو محمول يستخدم في التشخيص والعلاج والمراقبة والرعاية المباشرة للأفراد.

medical record سجل طبي انظر patient record/medical record/clinical record.

medical waste نفاية طبية انظر hazardous materials and waste.

medication دواء أي دواء بوصفة أو عينة دواء أو علاج عشبي أو فيتامين أو مستحضر غذائي أو عقار بدون وصفة أو لقاح أو عامل تشخيصي يستخدم على الأشخاص أو يعطى لهم لتشخيص مرض أو أي حالة غير سوية أو علاجها أو الوقاية منها.

medication, high risk or high alert دواء عالي الخطورة الأدوية التي تنطوي على مخاطر ارتكاب أخطاء يمكن أن تحدث نتائج عكسية مؤثّرة.

medication error خطأ الدواء أي حادث يمكن تجنّبه ويمكن أن يؤدي الاستخدام غير الملائم للدواء أو تعريض سلامة المريض للخطر. انظر أيضاً sentinel event.

mission statement بيان الرسالة عبارة مكتوبة تحدّد غاية المؤسسة أو أحد مكوّناتها أو "رسالتها". ويسبق وضع بيان الرسالة وضع الأهداف في العادة.

monitoring مراقبة مراجعة المعلومات بانتظام. وترمي المراقبة إلى تحديد التغيّرات التي تطرأ على الوضع.

multidisciplinary متعدد الأنظمة يشمل ممثلين عن عدد من المهن أو الأنظمة أو مجالات الخدمات.

near miss شبه خطأ أي تغيير في عملية لا يؤثّر على النتيجة لكن تكراره يحمل فرصاً كبيرة لحدوث نتيجة معاكسة. انظر أيضاً adverse effect.

nonclinical staff هيئة عاملة غير سريرية انظر staff

nosocomial infection عدوى مستشفوية انظر health care–associated infection

nutritional care رعاية تغذوية تدخّلات وإشارة بتعزيز المدخول الغذائي الملائم. ويستند هذا النشاط إلى التقييم الغذائي والمعلومات عن الغذاء، ومصادر المغذيات الأخرى، وإعداد الوجبات. وينظر في الخلفية الثقافية والوضع الاجتماعي الاقتصادي للمريض.

nutrition therapy معالجة تغذوية معالجة طبية تشمل التغذية داخل المعى والتغذية بالحقن.

observation ملاحظة الوقت الذي يقوم فيه مقدّم الرعاية بمراقبة المريض عن قرب.

organizational chart مخطط تنظيمي تمثيل بياني للمناصب وعلاقات المسؤولية في مؤسسة ما.

outcome نتيجة التأثير (التأثيرات) التي يحدثها التدخّل في مشكلة صحية محدّدة. وهي تعكس الغرض من التدخّل. على سبيل المثال، قد تكون نتيجة برنامج للتعليم الصحي الريفي عن مياه الشرب السليمة تقليل حوادث الإسهال عند الأطفال دون الخامسة أو خفض وفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال.

outpatient مريض خارجي على العموم، الأشخاص الذين لا يحتاجون إلى مستوى الرعاية المرتبط بالبيئة البنيوية لبرنامج المريض الداخلي أو المقيم. انظر أيضاً ambulatory care.

palliative services خدمات ملطّفة معالجات وخدمات دعم ترمي إلى تخفيف الألم والمعاناة بدلاً من علاج المرض. وقد تشمل المعالجة التلطيفية الجراحة أو العلاج بالأشعة لخفض أو تقليص الأورام التي تضغط على بنى حيوية وبالتالي تحسّن نوعية الحياة.

patient مريض الشخص الذي يتلقى الرعاية والعلاج والخدمات. وتعتبر معايير اللجنة المشتركة الدولية أن المريض وعائلته وحدة رعاية واحدة.

patient care process عملية رعاية المريض توفير الإيواء والراحة والعلاج للفرد. ويعني ذلك ضمناً المسؤولية عن السلامة، بما في ذلك العلاج أو الخدمات أو التأهيل أو إعادة التأهيل أو برامج أخرى تطلبها المؤسسة للفرد.

patient centered standards المعايير المتركّزة على المرضى لأغراض اعتماد اللجنة المشتركة الدولية، المعايير المنظمة وفقاً لما يجري للمريض بصورة مباشرة أو غير مباشرة (على سبيل المثال، تثقيف المريض، وإنشاء سجلات المرضى، وتقييم المرضى).

patient record/medical record/clinical record سجل المريض/سجل طبي/سجل سريري رواية خطية لمختلف المعلومات عن المريض، مثل نتائج التقييم، وتفاصيل العلاج، وموجز التخريج. وينشئ هذا السجل الأطباء وسواهم من اختصاصيي الرعاية الصحية.

physiologic—based criteria معايير قائمة على الحالة الفيزيولوجية معايير تتركّز على فرع البيولوجيا الذي يتعامل مع وظائف العضوية الحية وأقسامها والعوامل الفيزيائية والكيميائية والعمليات التي تنطوي عليها.

plan خطة طريقة مفصّلة، موضوعة مسبقاً، تحدّد الاحتياجات وتذكر الاستراتيجيات التي تلبيها وتحدّد الأهداف والأغراض. ويمكن أن يتضمّن شكل الخطة الروايات أو السياسات أو الإجراءات أو البروتوكولات أو توجيهات الممارسات أو المسارات السريرية أو خرائط الرعاية أو ائتلاف منها.

plan of care خطة الرعاية خطة تحدّد احتياجات الرعاية وتذكر استراتيجية تلبيتها، وتوثّق أهداف الرعاية وأغراضها، وتجمل معايير إنهاء التدخّلات، وتوثّق تقدّم الفرد في تلبية الأهداف والأغراض المحددة. وهي تستند إلى البيانات المجموعة في أثناء تقييم المريض.

point of care testing اختبار نقطة الرعاية اختبار تحليلي يجرى في مواقع خارج بيئة المختبر التقليدية، في مكان تقديم الرعاية للأفراد أو قربه عادة.

practice guidelines توجيهات الممارسة أدوات تصف العمليات التي تجدها الاختبارات السريرية أو إجماع آراء الخبراء الأكثر فعالية في تقييم و/أو علاج مريض لديه أعراض أو حالة أو تشخيص، أو تصف إجراء معيناً.

preventive practices الممارسات الوقائية تدخّلات لتعزيز الصحة والوقاية من المرض. يشمل ذلك تحديد عوامل الخطر وتقديم المشورة بشأنها (مثل التدخين وقلة النشاط البدني)، والتحرّي لكشف المرض (مثل سرطان الثدي أو الأمراض المنقولة عن طريق الجنس)، والتمنيع، والوقاية الكيمائية (مثل المعالجة بالهرمونات البديلة).

primary source verification التثبّت من المصدر الأساسي التثبّت من مؤهلات ممارس الرعاية الصحية عن طريق المصدر الأصلي أو الوكيل المعتمد لذلك المصدر. وتشمل طرق إجراء التثبّت من أوراق الاعتماد المراسلة المباشرة أو التثبّت الهاتفي الموثّق أو التثبّت الإلكتروني الآمن من مصدر إعطاء المؤهل الأصلي أو تقارير مؤسسات التثبّت من المؤهلات التي تفي بمتطلبات اللجنة المشتركة الدولية.

privileging منح الامتيازات عملية تمنح بموجبها مؤسسة الرعاية الصحية ممارس الرعاية الصحية إجازة تقديم خدمات رعاية المرضى استناداً إلى تقييم مؤهّلاته وأدائه.

process عملية سلسلة من الأعمال (أو الأنشطة) التي تحوّل المدخلات (الموارد) إلى مخرجات (خدمات). على سبيل المثال، يتطلّب برنامج التثقيف الصحي الريفي أن يضع العاملون استراتيجية للتعليم ويطوروا المواد التعليمية ويقدموا الجلسات التعليمية.

Protocol بروتوكول خطة علاج علمي أو مخطط دراسة — بما في ذلك أنواع المشاركين في التجارب والإجراءات والأدوية والجرعات — لاستخدام إجراء اختباري أو علاج جديد بغية قياس التطبيقات البشرية.

qualified individual شخص مؤهّل شخص أو موظف يستطيع المشاركة في أحد أو كل أنشطة الرعاية في المؤسسة أو خدماتها. وتتحدّد المؤهلات بما يلي: التعليم أو التدريب أو الخبرة أو الكفاءة أو الإجازة أو القانون والنظام أو التسجيل أو الشهادة.

quality of care جودة الرعاية الدرجة التي تزيد فيها الخدمات الصحية للأفراد أو الجماعات احتمال الوصول إلى النتائج الصحية المرغوبة واتساق ذلك مع المعرفة المهنية الراهنة. وتشمل أبعاد الأداء ما يلي: المشاكل من منظور المرضى، وسلامة بيئة الرعاية، وإمكانية الحصول على الرعاية وملاءمتها واستمرارها وفعاليتها وكفاءتها وتقديمها في الوقت المناسب.

recruiting توظيف السعي للحصول على موظفين جدد أو أعضاء آخرين في مؤسسة ما.

referral إحالة إرسال شخص (1) من طبيب إلى طبي أو اختصاصي آخر، أو (2) من مكان أو خدمة إلى آخر، إما لتقديم المشورة وإما لتقديم الرعاية التي لا يستطيع المصدر المحيل تقديمها أو غير مؤهّل لذلك.

rehabilitation services خدمات التأهيل استخدام التدابير الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية معاً لتدريب أو إعادة تدريب الأفراد الذين أعجزهم المرض أو الإصابة. والهدف تمكين المرضى من تحقيق أعلى مستوى ممكن من القدرة الوظيفية.

risk management program برنامج إدارة المخاطر أنشطة سريرية أو إدارية تقوم بها المؤسسات لتحديد مخاطر تعرّض المرضى والعاملين والزوار لخطر الإصابة وتقييمها وخفضها.

root cause analysis تحليل السبب الأساسي عملية لتحديد العوامل الأساسية أو المسبّبة التي تفسّر التغيّر في الأداء بما في ذلك وقوع الأحداث العارضة أو احتمال وقوعها.

safety سلامة مقدار عدم تشكيل مباني المؤسسة وأراضيها وتجهيزاتها خطراً على المرضى أو العاملين أو الزوار.

scope of services نطاق الخدمات مجموعة الأنشطة التي يؤديها العاملون الإداريون والسريريون والمساندون.

screening criteria معايير التحريات مجموعة من القواعد أو الاختبارات التي تطبّق على فئات المرضى ويستند إليها الحكم الأولي الذي يسوّغ إجراء مزيد من التقييم، مثل الحاجة إلى تقييم غذائي استناداً إلى التحري التغذوي.

security أمن الحماية من الفقد أو التلف أو العبث أو الوصول أو الاستخدام غير المرخّص.

sedation تركين انظر anesthesia and sedation.

sentinel event حدث عارض حدث غير متوقّع يؤدي إلى وفاة أو فقد دائم لوظيفة كبرى.

side effect تأثير جانبي تأثير دوائي لعقار، ضائر عادة، غير التأثيرات التي وصف العقار من أجلها.

special laboratory programs برامج مختبرات خاصة برامج تشكل الأنظمة المخبرية مثل الكيمياء (بما في ذلك السموميات، واختبار الأدوية العلاجية واختبار المخدّرات)، وعلم المناعة التشخيصي، وعلم الأجنة، وأمراض الدم (بما في ذلك اختبار التخثّر)، والتوافق النسيجي، والدمويات المناعية، والبيولوجيا المجهرية، والبيولوجيا الجزيئية، وعلم الأمراض والاختبار البيولوجي الإشعاعي.

staff الهيئة العاملة كل الأشخاص الذين يقدمون الرعاية والعلاج والخدمات في المستشفى (مثل الأطباء والممرضين)، بمن في ذلك من يتلقّون أجر (مثل العاملين الدائمين والمؤقتين وغير المتفرّغين، بالإضافة إلى العاملين المتعاقدين) والمتطوّعون وطلاب المهن الصحية.

clinical staff عاملون سريريون من يقدّم الرعاية المباشرة للمرضى (الأطباء والممرّضون، إلخ).

nonclinical staff عاملون غير سريريين من يقدّم الرعاية غير المباشرة للمرضى (الإدخال، وخدمة الغذاء، إلخ).

standard معيار، مقياس بيان يحدّد توقّعات الأداء أو الهياكل أو العمليات التي يجب أن تطبّق لكي تقدّم المؤسسة رعاية ومعالجة وخدمة آمنة وذات جودة عالية.

standard–based evaluation تقييم قائم على المعايير عملية تقييم تحدّد امتثال مؤسسة الرعاية الصحية أو ممارس الرعاية الصحية مع المعايير المحدّدة مسبقاً.

survivor risk factors عوامل الخطر على المتبقّين على قيد الحياة فرص تعرّض أفراد العائلة المتبقّين أو غيرهم من الأحياء لمصاعب عند وفاة أحد الأحبّة.

symptom, primary عارض أولي أول أو أبرز إشارة إلى علة أو مرض أو أي اضطراب آخر.

symptom, secondary عارض ثانوي إشارة إلى علة أو مرض أو أي اضطراب آخر.

therapeutic duplication تكرار العلاج استخدام شخص ما دواءين، دون حاجة عادة، من الفئة العلاجية نفسها في الوقت نفسه.

time–out وقت مستقطع توقّف قبيل إجراء جراحي أو سواه، يحل في أثنائه الفريق الجراحي أو الإجرائي بأكمله أي أسئلة عن المريض أو الإجراء أو الموقع.

tracer methodology منهجية الاقتفاء عملية يستخدمها مسّاحو اللجنة المشتركة الدولية في أثناء إجراء المسح في الموقع لتحليل أنظمة المؤسسة بمتابعة المرضى الأفراد خلال عملية الرعاية الصحية في المؤسسة بالتسلسل الذي يشهده المرضى.

patient tracer اقتفاء المرضى عملية تستخدمها اللجنة المشتركة الدولية لتقييم تجربة الرعاية الإجمالية للمريض داخل مؤسسة الرعاية الصحية.

system tracer اقتفاء النظام جلسة في أثناء المسح في الموقع لتقييم السلامة العالية الأولوية ونوعية المشاكل الصحية في المؤسسة بأكملها. وقد تشمل مثل هذه المشاكل الوقاية من العدوى والسيطرة عليها، وتدبير الأدوية، وفعّالية العاملين، واستخدام البيانات.

transfer نقل التحويل الرسمي للمسؤولية عن رعاية مريض ما من (1) وحدة رعاية إلى أخرى، أو (2) من خدمة سريرية إلى أخرى، أو (3) من ممارس مؤهّل إلى آخر، أو (4) من مؤسسة إلى أخرى.

utility system نظام خدمة عامة نظام يشمل المؤسسة بأكملها والتجهيزات التي تدعم ما يلي: توزيع الكهرباء؛ أو الطاقة في الحالات الطارئة؛ أو الماء؛ أو النقل العمودي والأفقي؛ أو التدفئة والتهوية وتكييف الهواء والسمكرة والمرجل، والبخار والغازات المنقولة بأنابيب والأنظمة الخوائية؛ أو أنظمة الاتصالات، بما في ذلك نظم تبادل البيانات. ويمكن أن تشمل أيضاً أنظمة دعم الحياة؛ والمراقبة والوقاية والسيطرة على العدوى؛ ودعم البيئة.

utilization استغلال استخدام، أو نمط استخدام، أو معدّلات استخدام خدمة رعاية صحية محدّدة. يحدث "فرط الاستعمال" عندما تقدّم خدمة رعاية صحية في ظروف يتجاوز فيها احتمال وقوع الضرر الفوائد المحتملة. و"نقص الاستعمال" هو عدم استخدام خدمة رعاية صحية ضرورية عندما تؤدي إلى نتيجة مواتية للمريض. ويحدث "سوء الاستعمال" عندما تنتقى خدمة ملائمة لكن يقع تعقيد يمكن تجنّبه. ويعكس الثلاثة مشكلة في جودة الرعاية الصحية. ويمكن أن ترفع مخاطر الوفاة أو تقلّل جودة الحياة. انظر **utilization management**.

utilization management إدارة الاستغلال التخطيط للموارد وتنظيمها وتوجيهها والتحكّم فيها. وتعدّ علاقة ذلك برعاية المريض في مؤسسة الرعاية الصحية أمراً مهماً.

variation تفاوت الاختلاف في النتائج التي يحصل عليها عند قياس الحدث نفسه غير مرة. ويمكن جمع مصادر التفاوت في فئتين رئيسيتين: الأسباب الشائعة والأسباب الخاصة. وغالباً ما يؤدي التفاوت الكبير إلى الهدر والفقد، مثل الحصول على نتائج غير مرغوبة لصحة المريض وزيادة تكلفة الخدمات الصحية.